DOCUMENT RESUME

ED 224 184 EC 150 358

AUTHOR Lumpkin, Garren

TITLE Estimulacion Precoz para Ninos Minusvalidos (Early Stimulation for Disabled Children).

INSTITUTION Costa Rican Social Security System, San Jose. Center for Training and Research.; Michigan State Univ., East Lansing. Univ. Center for International Rehabilitation.
PUB DATE 81
NOTE 202p.; Print is poor.
PUB TYPE Guides - Non-Classroom Use (055)
LANGUAGE Spanish

EDRS PRICE MF01/PC09 Plus Postage.
DESCRIPTORS Agency Cooperation; Child Development; *Developmental Disabilities; Etiology; Foreign Countries; Mental Retardation; Prenatal Influences; Preschool Education; Prevention; *Program Development; *Rural Education; *Training Methods
IDENTIFIERS *Costa Rica

ABSTRACT

Written as a first step to improve early stimulation services to developmentally disabled and retarded preschool aged children in Costa Rica, the manual, in Spanish, seeks to attain the following objectives: raise consciousness and understanding of health service personnel, primary and special educators, rehabilitation personnel, and parents; increase abilities of "team members," improve service to rural preschool children not presently served by Costa Rican programs; and promote increased cooperation among the various national institutions. An introductory chapter explains early stimulation in Costa Rica, and justifies the need for the population to be served. Next, a step-by-step approach to developing a program in a rural area covers aspects such as program objectives, administration, and operation. Prenatal influences and measures to prevent birth defects are briefly considered. The child's normal developmental stages are considered, followed by a discussion of influences of deafness, visual impairment, physical handicap and mental retardation on normal development. An extensive chapter describes etiology, characteristics and problems associated with major disabilities, and training techniques. Two final chapters address evaluation of the child's development and guidelines for working with parents. Line drawings illustrate the text. Appendixes list resources and references. (MC)

****
* Reproductions supplied by EDRS are the best that can be made *
* from the original document. *
****

ESTIMULACION PRECOZ PARA NIÑOS MINUSVALIDOS

GARREN LUMPKIN

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
NATIONAL INSTITUTE OF EDUCATION
EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

This document has been reproduced as received from the person or organization originating it.

Minor changes have been made to improve reproduction quality.

• Points of view or opinions stated in this document do not necessarily represent official NIE position or policy.

"PERMISSION TO REPRODUCE THIS MATERIAL HAS BEEN GRANTED BY

Gaston de Mezerville

TO THE EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)."

OFICINA DEL CONVENIO INTERNACIONAL DE REHABILITACION

COPATROCINIO

CENTRO DE DOCENCIA E INVESTIGACION
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD DEL ESTADO DE MICHIGAN

COSTA RICA
1981

EC150358

ED224184

ESTIMULACION PRECOZ PARA NIÑOS MINUSVALIDOS

Elaborado por:

Garren Lumpkin

OFICINA DEL CONVENIO INTERNACIONAL DE REHABILITACION

Copatrocinio

CENTRO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

UNIVERSIDAD DEL ESTADO DE MICHIGAN

PRESENTACION

El concepto y la práctica de la Estimulación Precoz (o temprana), ha venido a revolucionar en todo el mundo la comprensión, por parte de padres, familiares y profesionales que velan por el crecimiento del niño, de las verdaderas necesidades y potencial de desarrollo presentes durante sus primeros años, al igual que la importancia trascendental que este período de la niñez temprana tiene para el resto de la vida.

La difusión de la filosofía y técnicas de la estimulación precoz lleva ya internacionalmente un buen camino recorrido; sobre todo en países como el nuestro, donde profesionales competentes y entes gubernativos en los campos de la salud y la educación, le han prestado a esta labor un apoyo irrestricto.

Sin embargo, hay dos áreas dentro del panorama de la Estimulación Precoz, que no han contado con recursos suficientes para lograr la proyección global requerida, necesitando ser enfatizadas mucho más:

a) Areas rurales: el adiestramiento en todo lo concerniente a la estimulación precoz de las personas interesadas en las comunidades rurales, sobre todo en aquellas más alejadas de los centros urbanos proveedores de recursos en este campo.

b) Niños minusválidos: la adaptación y aplicación especializada de las técnicas de estimulación precoz a poblaciones específicas de niños minusválidos, los cuales, al presentar áreas de deficiencia específicas de tipo físico o mental, no se benefician de muchas de las técnicas generales sin su correspondiente adaptación, al par que su situación de incapacidad requiere aún con mayor urgencia de esta ayuda, que la población infantil normal.

La labor desempeñada por el señor Garren Lumpkin, voluntario del Cuerpo de Paz especializado en educación especial, durante aproximadamente dos años y medio en el cantón de Nicoya, Guanacaste, se ha

constituido en un aporte valiosísimo que viene a llenar necesidades sentidas en las dos áreas mencionadas.

Esta eficaz labor de Garren Lumpkin en nuestro país no se ha limitado al trabajo práctico, sino que tomando en cuenta su experiencia, ha desarrollado por escrito un enfoque global y sistemático de gran relevancia, que sirva de orientación y formación para todas aquellas personas que deseen seguir sus pasos en la práctica de la Estimulación Precoz con niños excepcionales de todo el país, y de una manera particular de las zonas rurales.

La Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación -OCIR-, se enorgullece de patrocinar esta publicación, la cual viene a ser un aporte más en la serie de estudios realizados por OCIR en Nicoya, Guanacaste,* así como la culminación del trabajo cooperativo de casi tres años entre Garren Lumpkin y el personal de esta Oficina.

Dr. Gastón de Mezerville Z.
Director, OCIR
Agosto, 1981

* De Mezerville, Gastón. Incapacidad y Rehabilitación en una Area Rural de Costa Rica. OCIR, CDI-C.C.S.S. San José, 1979.

Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación, CDI-C.C.S.S. Programa de Investigación de Salud Integral Comunitaria. San José, 1979.

Miley, Robert C. Encuesta de Nutrición en una Población Rural. OCIR, CDI-C.C.S.S. San José, 1980

De Mezerville, Gastón. Disability and Rehabilitation in Rural Costa Rica. University Centers for International Rehabilitation, Michigan State University. U.S.A. 1979

RECONOCIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento al Dr. Gastón de Mezerville, Director de la Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación, OCIR, quien desde un principio estuvo de acuerdo en que se publicara y distribuyera esta guía sobre estimulación precoz para niños minusválidos. El ha sido mi mejor contacto con las personas que laboran en Educación Especial y Rehabilitación a nivel internacional y más importante aún, ha representado para mí una fuente de inspiración a través de su amistad continua durante todo el tiempo de mi estadía en Costa Rica.

Mi agradecimiento sincero también al personal de OCIR por sus interminables horas de trabajo: la organización a cargo de María del Carmen Calderón, el trabajo secretarial de María Teresa Mora y muy particularmente a Norma Whitehorne por gran parte de la labor de traducción, levantado de texto y dibujos.

Me encuentro en deuda de manera especial con aquellos individuos y organizaciones que consideraron esta guía un proyecto valioso y que por medio de su interés, proveyeron la ayuda financiera necesaria para su realización: El Club Activo 20-30 de Nicoya, el Club Rotario de Nicoya, el Comité de Padres y Miembros de la Comunidad de Nicoya, fundado para ayudar a la Enseñanza Especial, el Club de las Mujeres de la Embajada de los Estados Unidos y mi buen amigo Jorge Tamayo, artista.

Varias instituciones han suministrado una ayuda inapreciable; entre ellas, el Departamento de Educación Especial del Ministerio de Educación Pública, el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, el Hospital Nacional de Niños, el Hospital de la Anexión en Nicoya y el

Cuerpo de Paz de Costa Rica.

Mi sincero agradecimiento a Teresita Solano de Wheeler, coordinadora del Proyecto de Tecnología Apropiada para Minisválidos de los Compañeros de las Américas (PATH-Costa Rica) y a Marlene Rodríguez, directora del Departamento de Educación Especial del Ministerio de Educación Pública, por su ayuda durante el desarrollo de este trabajo.

Quiero hacer reconocimiento también del apoyo brindado por varias personas que dedicaron largas horas traduciendo y revisando mi trabajo: Mary Helen Bialas, directora asociada del Cuerpo de Paz--Proyectos de Educación y Salud; Lucía Ho, fisioterapista del Centro Nacional de Rehabilitación y Chela Lucas del Campo.

Gracias también a Janet Alarcón, coordinadora del Servicio de Investigación Técnica (VITA) y a la oficina del Cuerpo de Paz/ICE, por su ayuda en la búsqueda de materiales relacionados con el tema de estimulación precoz.

Mi profunda gratitud a Marielos Cambronero, directora de la Escuela de Rehabilitación y a Peggy Longworth, terapista física de la Escuela, por su ayuda técnica y apoyo emocional para la finalización de esta guía, así como por su ayuda desinteresada al proveer servicios adicionales a mis estudiantes en Nicoya.

En general, mi agradecimiento al personal de la Oficina Regional de Educación en Nicoya, quienes hicieron de mis dos años y medio en Nicoya una experiencia verdaderamente maravillosa y sobre todo, a mis estudiantes y sus familiares, quienes han sido mi mejor maestro, suministrándome la experiencia práctica que necesitaba para completar este proyecto.

Finalmente, mi más prfundo aprecio a mi esposa, quien tuvo la paciencia de quedarse a mi lado durante toda esta experiencia.

INDICE D. CONTENIDO

		Página
Presentación		i
Reconocimientos		iii
Indice de contenido		v
I	Introducción	1
II	Estimulación precoz para el niño minusválido y/o atrasado en su desarrollo: (Importancia de la implementación)	3
	Estimulación precoz en relación con Costa Rica	4
	Qué es un programa de estimulación infantil?	6
	Quiénes son los niños especiales y por qué necesitan programas de estimulación?	8
	Cuáles son las responsabilidades de los profesionales?	9
	Un ejemplo para justificar los programas	11
III	Organización de un programa de estimulación temprana en una zona rural	15
	Orden de eventos	17
	Objetivos del programa	21
	Administración del programa	24
	Tipos de problemas: relacionados con la operación del programa	27
	Sistema de operación	29
	Conclusión	4
IV	Las influencias y la prevención el período prenatal	44
	Etapas del desarrollo prenatal	46
	Influencias durante el período prenatal y su relación con los defectos de nacimiento	48

Página

Relación del Síndrome de Down con la edad materna ... 52

V Desarrollo del Niño 63

Principios básicos del desarrollo normal sensorio-motor 65

Desarrollo Motor Grueso 76

Desarrollo de Motora Fina 80

Desarrollo del Lenguaje 83

Desarrollo Personal-Social 94

Actividades de la vida diaria 95

Guía de las etapas del desarrollo normal 97

VI Las incapacidades y su influencia en el desarrollo 99

El niño sordo 100

El niño con incapacidad visual 102

El niño incapacitado físicamente (el niño con parálisis cerebral) 104

El niño con retardo mental 106

VII Incapacidades y sus características 107

Retardo mental 107

Problemas de la comunicación 113

Incapacitados físicos (Parálisis Cerebral Infantil).. 116

Advertencias para los padres de niños sordos y medio-sordos 126

Técnicas básicas en la posición y movilización del niño profundamente involucrado 129

Manejo del niño espástico 133

Manejo del niño flojo 135

Características y manejo del niño hemiplégico 136

Manejo del niño atetósico 139

Equipo para trabajar con niños con problemas en el área motora 141

Página

VIII Evaluación del Niño 148

Evaluación del Desarrollo 149
Recolección de la información 150
Evaluación del ambiente del hogar 151
Conclusión 155

IX El Trabajo con los Padres 156
Adaptación a la incapacidad del niño 157
Ayuda de profesionales 160
Necesidad del manejo de la conducta 166
Organización de los servicios a los padres 169

X CONCLUSION 172

APENDICES 174

C A P I T U L O I

INTRODUCCION

ESTIMULACION PRECOZ PARA EL NIÑO MINUSVALIDO Y/O ATRASADO EN SU DESARROLLO

"En el mundo de hoy existen alrededor de 300 millones de personas que requieren algún tipo de servicios de rehabilitación y no pueden recibirlo porque no existen en el lugar donde viven y en la forma adecuada a su necesidad".

"... las predicciones más modestas con respecto al aumento de la población, a los aumentos de incapacidades debido a la industrialización, a los efectos del transporte motor y a los efectos de la habilidad mejorada de la ciencia médica para salvar y preservar la vida, sumarían aproximadamente 3 millones de personas minusválidas al año al dicho total".

Norman Acton, Secretario General
Rehabilitación Internacional, 1970
(traducción)

Al considerar 1981, Año Internacional de la Persona Minusválida, debemos tomar esta oportunidad para repasar el estado presente o nivel de servicios disponibles, analizando sus efectos inmediatos y a largo plazo. Y con este conocimiento, deberíamos empezar a promover al mejoramiento de aquellas áreas deficientes y desarrollar servicios adicionales para aquellos que no están recibiendo cuidado educacional rehabilitativo adecuado. Pero, en nuestro esfuerzo por mejorar la perspectiva futura de la persona minusválida se deben establecer metas realistas en relación a los recursos económicos y humanos disponibles en este país.

Esperamos que este proyecto de desarrollo de materiales para Estimulación Precoz, sea solo un paso hacia el mejoramiento de los servicios para minusválidos y/o niños preescolares retardados en su desarrollo que no se benefician del presente sistema. A través de la terminación de las metas primarias, nuestro deseo es que el "equipo de rehabilitación" que trabaja con estos niños estará mejor preparado para alcanzar las necesidades completas de estos individuos. Los objetivos (metas) primarias del proyecto son:

1. Aumentar la conciencia y entendimiento de los que están involucrados con niños de edad preescolar minusválidos y/o retardados en su desarrollo normal (trabajadores de cuidado de salud, maestros de primaria y educación especial, personal de rehabilitación y padres).
2. Aumentar las destrezas funcionales de cada uno de los "miembros del equipo".
3. Mejorar los servicios de rehabilitación y educación para los niños en edad preescolar que están localizados en áreas rurales de Costa Rica, aquellos niños que no están recibiendo el beneficio completo de las instituciones y programas de la Meseta Central.
4. Promover la cooperación aumentada entre las diferentes instituciones y su personal.
   Ministerio de Salud (doctores, enfermeras, auxiliares).
   Ministerio de Educación Pública, Departamento de Educación Especial (maestros de primaria y educación especial).
   C.C.S.S. (doctores, enfermeras, terapistas, trabajadores sociales).
   Padres.

Los primeros cinco años en la vida de cualquier niño ya sea minusválido o no, son tan importantes a esa persona como el fundamento de una casa. La estructura final no puede ser firme si la base inicial es inadecuada. El futuro de cada individuo se establece en la etapa temprana de su vida y aquellos que pueden afectar el desarrollo del niño deben estar alerta a las influencias positivas y negativas que él o ella poseen.

Los materiales incluídos en este programa no son completos para todos los aspectos de estimulación precoz.

No deseamos reproducir volúmenes de información, sino esperamos presentar materiales básicos relacionados a este tema, con el fin de proveer una base para estudios más avanzados y estimular un mayor interés en las áreas de estimulación precoz, lo cual redundará al final en un futuro más brillante para aquellos niños minusválidos.

C A P I T U L O II

ESTIMULACION PRECOZ PARA EL NIÑO MINUSVALIDO Y/O ATRASADO EN SU DESARROLLO

(IMPORTANCIA DE LA IMPLEMENTACION)

ESTIMULACION PRECOZ PARA EL NIÑO MINUSVALIDO Y/O ATRASADO EN SU DESARROLLO

(LA IMPORTANCIA DE LA IMPLEMENTACION)

Por Garren Lumpkin

La investigación en el área de desarrollo infantil, demuestra que los primeros cinco años de la vida, son sin duda, los años más críticos en la vida de la persona. Un niño avanza de un estado completamente dependiente de la madre y el padre, a un individuo único, experimentando con destrezas recién desarrolladas, aprendiendo a defenderse o enfrentarse y a manipular el ambiente que le rodea y mejorando las técnicas que luego podrán ser utilizadas como el fundamento para tareas y aventuras futuras.

Para algunos, los primeros años de vida son ricos en estimulación y experiencias, pero para otros los beneficios de un ambiente seguro lleno de experiencias de aprendizaje importantes, nunca se observan.

Para esos niños desafortunados, se puede dar el caso de que entren a los años escolares sin las destrezas necesarias y apropiadas para triunfar o alcanzar el desarrollo óptimo.

Existen otros niños que viven en una atmósfera aparentemente estimuladora con los beneficios del amor, afecto y comprensión, pero que todavía no reciben el entrenamiento sistemático necesario para avanzar en el desarrollo y aprender de su ambiente. Tal vez, estos niños podrían, de alguna manera, ser atrasados debido a defectos congénitos causados durante el período prenatal o podrían ser incapacitados debido a lesiones post-natales. Pero, sea cual sea la causa, existe una necesidad definitiva para la estimulación precoz.

"Cuando en un niño se observa una incapacidad o presenta un "alto riesgo" hacia incapacidades del desarrollo, es necesario intervenir lo más pronto posible, porque:

1. Las experiencias tempranas tienen influencia que afecta todas las áreas de funcionamiento.
2. Las investigaciones han demostrado que podrían existir períodos críticos para el desarrollo de ciertas destrezas y que la mayoría de estos períodos ocurren durante los primeros tres años de vida.

3. Si se fracasa al proveer un ambiente estimulante temprano, conduce no solo a la continuación del statu quo del desarrollo de niños minusválidos o niños de "alto riesgo", sino también a una atrofia actual de las habilidades sensoriales y a regresión del desarrollo.

4. Todos los sistemas de un organismo se interrelacionan en una forma dinámica; si se fracasa al remediar una incapacidad podría multiplicar sus efectos en otras áreas de desarrollo y podría producir otras incapacidades (particularmente en las áreas sociales y emocionales) que son secundarias al ultraje inicial.

5. Si se demora al remediar una incapacidad intelectual o congénita existe una disminución cumulativa de logro, aún en solo una área de funcionamiento, aparte del peligro de incapacidades emocionales y sociales secundarias; esto es, la condición es progresiva - el nivel de desarrollo del niño empeora inevitablemente con respecto a otros niños a medida que aumenta su edad.

6. Se ha demostrado que una intervención temprana ayuda; puede reducir los efectos de una condición de incapacidad y puede ser más eficaz y segura que una intervención tardía.

7. La relación entre costo y beneficio de una intervención temprana generalmente la hace más económica que la intervención tardía.

8. Los padres necesitan apoyo durante las primeras semanas y meses, antes de que ellos establezcan patrones paternales erróneos.

9. Los padres necesitan modelos de buena conducta paterna, con un niño incapacitado y las instrucciones específicas para trabajar con el niño."

(Traducción de "Bases for Early Intervention",
Alice H. Hayden y Gael D. McGinness)

ESTIMULACION PRECOZ EN RELACION CON COSTA RICA

Cómo se relaciona esto con Costa Rica o concualquier otro país en proceso de desarrollo?. Los niños de todos los países tienen las mismas necesidades básicas: amor, un ambiente seguro, comprensión, nutrición, techo y estimulación. Las verdaderas dificultades se presentan cuando estas necesidades bá-

sicas no se satisfacen por una u otra razón. Ya sea debido al nivel económico, nivel de educación, o simplemente falta de interés, los resultados son los mismos.

En Costa Rica, las oportunidades para los incapacitados que viven en las áreas rurales son algo limitadas debido a varios factores. Muchos de los servicios médicos especializados importantes no son asequibles para aquellos que están aislados debido a su localización geográfica o su nivel económico. Para aquellos niños con status de "alto riesgo", la oportunidad de mejorar puede ser difícil sin la ayuda de afuera. Costa Rica ha aumentado su nivel y calidad de cuidado de salud, disminuyendo así la cantidad y grado de muchas de las enfermedades que una vez fueron comunes en las áreas rurales. Pero, siempre existe una falta de capacidad para manejar los problemas especializados a nivel de región, especialmente en las áreas rurales fuera de la Meseta Central. Gastón de Mezerville, Director de la Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación investigó este tema específico. En su estudio de dos comunidades de la provincia de Guanacaste y en su repaso de los servicios presentes en rehabilitación, él ha descubierto que los servicios existentes de rehabilitación satisfacen las necesidades de sólo un 25% de la población incapacitada.

Otros hallazgos ilustran que en los distritos rurales de Costa Rica hay:

1. Falta de tratamiento de rehabilitación en otras áreas que no sean el tratamiento médico usual, el cual suele limitarse a la prescripción de medicinas.
2. Falta de tratamiento ortopédico para personas que sufren de limitaciones físicas.
3. Falta de programas o estrategias de rehabilitación para combatir problemas de alcoholismo.
4. Falta de adecuada estimulación a los niños como consecuencia de privación cultural en algunos hogares, lo cual parece ser el factor determinante relacionado con los retrasos del desarrollo en el lenguaje y el control motor-fino.
5. Falta de recursos en escuelas y en la comunidad para diagnosticar y tratar adecuadamente con la mayoría de las incapacidades en los niños.
6. Falta de conciencia en la comunidad con relación a la incidencia de condiciones de incapacidad en las comunidades, y de los medios disponibles para tratarlas o enfrentarlas.

7. Falta de tratamiento de rehabilitación adecuado para las personas incapacitadas en las comunidades, debido hasta cierto punto, a defectos en el sistema actual de prestación de servicios.

(Traducción de "Disability and Rehabilitation in Rural Costa Rica", Gastón de Mezerville).

Los servicios para la población en edad preescolar es solo un pequeño segmento del área del tratamiento de rehabilitación. Pero, en muchas maneras, tiende a ser uno de los más importantes, debido al hecho de que podría y puede influenciar el futuro del individuo, con la posibilidad de preveer una involucración extensa debido a la incapacidad, en vez de esperar el tiempo en que el tratamiento de rehabilitación sería de mayor costo y esfuerzo.

QUE ES UN PROGRAMA DE ESTIMULACION INFANTIL?

Cuando un infante entra en el mundo, inmediatamente comienza a experimentar el ambiente que le rodea. A través de los sentidos, comienza a interaccionar con el pequeño mundo que le corresponde, empieza el aprendizaje y el crecimiento físico continúa desde el período prenatal.

A medida que la madre y el padre llenen las necesidades básicas del niño, proveyendo la alimentación, cuidado y protección necesaria, el niño recibe estimulación continua, la cual en este período de tiempo, es sumamente importante para los períodos iniciales del desarrollo social, mental y físico. Ya sea que el padre se de cuenta o no, las acciones naturales de abrazar y acariciar al niño establecen el lazo que forma la seguridad para el desarrollo inicial.

A medida que el niño pasa por las varias etapas de crecimiento, los tipos específicos de estimulación varían con relación al nivel de desarrollo. Un niño de dos años que explora y manipula objetos muy coloridos en su ambiente, necesita estimulación adicional en comparación con un niño de un mes de edad, quien pasa la mayor parte del día durmiendo.

Los programas organizados de estimulación precoz se estructuran para proveer las mismas experiencias significativas que podrían encontrarse en casa, pero las actividades y experiencias que se proveen se basan en en nivel del desarrollo del niño individual. La meta principal es proveer un ambiente enriquecido (experiencias, actividades, juguetes) que podría aumentar el creci-

miento individual: mental, físico y social. La estimulación precoz se puede encontrar en varias formas:

1. Para niños "Normales"*: Los programas incluyen a aquellos niños que, en la mayoría de los casos no tienen una condición de incapacidad o restrictiva que podría interferir en la participación en actividades del programa. El mayor énfasis se coloca en preparar al niño para los años escolares. (Es muy importante considerar este tipo de programa para aquellos "niños especiales" que son capaces de participar, aún si se ha de adaptar esta actividad).

2. Para niños en condición de "Alto Riesgo": Los programas incluyen infantes o preescolares en condición de "alto riesgo": desnutridos, prematuros, bajos de peso, de un ambiente hogareño dudoso, aquellos con una historia familiar de incapacidad, etc. Los objetivos de estos programas son básicamente para prevenir problemas futuros, para remediar aquellas características que retardan el desarrollo y estimular el desarrollo individual.

3. Para niños con incapacidades específicas y/o retraso en el desarrollo: Los programas podrían incluir una incapacidad individual o podría combinar varios: parálisis cerebral, otras incapacidades físicas, ceguera, sordera, retardo. Al igual que los programas que tienen que ver con niños de "alto riesgo", los esfuerzos se concentran en las áreas de prevención de problemas secundarios (emocional, físico y social) e intervención para estimular el desarrollo en las áreas de retraso y estimular el crecimiento completo.

   Cada programa específico tiene rasgos o características únicas, debido a la población estudiantil que participa, pero, la meta básica es la misma para todos, proveer el tipo y cantidad de estimulación necesaria para fomentar o promover el desarrollo individual, para que cada persona sea capaz de alcanzar su nivel óptimo, cualquiera que sea.

---

* No es la intención hacer clasificaciones rígidas de niños porque cada niño es único y varía en todos los niveles de desarrollo. En este artículo, el término "normal" se utiliza para indicar que el niño está libre de cualquier condición de incapacidad: física, emocional y mental. El término "especial" se usa para indicar que de alguna forma, el desarrollo integral del individuo es afectado por una condición de incapacidad.

QUIENES SON LOS NIÑOS ESPECIALES Y POR QUE NECESITAN PROGRAMAS DE ESTIMULACION?

Aunque el nacimiento y el desarrollo humano son tan naturales y aunque todos los niños, sin importar su nacionalidad, tienen las mismas necesidades básicas y pasan por los mismos periodos de desarrollo, existen "niños especiales" que necesitan un "empujón extra" o un "ambiente controlado" con el fin de alcanzar las metas comunes de desarrollo.

Quiénes son los "niños especiales"?. Cualquier niño que: no tiene el beneficio de estimulación adecuada, carece del uso de uno o más sentidos (visión, audición, etc.), carece de capacidades motoras para explorar o experimentar el ambiente (niños con parálisis cerebral u otras incapacidades físicas), o carece de la capacidad mental para aprender a un paso "normal", sin la necesidad de continua repetición. Pero, uno debe ser sumamente cuidadoso cuando agrupa o clasifica a "los individuos. Por ejemplo, aunque dos individuos ciegos tienen el mismo tipo de incapacidad, su nivel intelectual, sus estados emocionales, intereses y habilidades adaptativas podrían variar considerablemente. Cada persona es UNICA, sea incapacitada o no.

Al comparar el niño "especial" y el "normal", es importante recordar que existen más similitudes que diferencias. Existen características comunes de todos los niños desde su nacimiento: necesidades básicas, sentimientos, potencial individual para el crecimiento. Todos los niños necesitan ambientes estimulantes de amor, confianza, cuidado y disciplina constructiva. Todos los niños necesitan la oportunidad de interaccionar con el ambiente a través de sus sentidos, el juego y la exploración. "La inteligencia no es simplemente heredada, sino que se desarrolla a través del convivir del niño con su ambiente".

El aprendizaje es un proceso activo y aquellos niños que atraviesan los periodos de desarrollo, deben ser participantes activos en su ambiente. Pero, para muchos niños incapacitados, la habilidad para moverse de una localidad a otra o la de recibir estimulación visual o auditiva podría ser imposible, debido al tipo y grado de la incapacidad. Sin las destrezas visuales, auditivas y de movilidad necesarias, las oportunidades de exploración y manipulación pueden ser limitadas, especialmente sin la ayuda de otros.

Por ejemplo: para un niño "normal" de 10 meses, el piso de la sala podría ser un laboratorio que suministra varias experiencias en el desarrollo motora gruesa y fina. Para un niño ciego a quien no se le ha dado la oportunidad de explorar o no se le ha enseñado a usar juguetes agradables (aquellos que tienen sonidos), no tendrá la oportunidad ni la motivación para manipular con sus dedos y no tendrá la oportunidad de desarrollar aquellas destrezas de motor grueso necesarias para caminar.

Para el niño con parálisis cerebral su etapa de desarrollo podría no estar ni cerca del nivel de los 10 meses porque ha sido confinado a su cuna. Sus movimientos físicos todavía están influenciados por los reflejos primitivos que un niño normal de su edad ha aprendido a controlar.

A quién debemos culpar por la falta de desarrollo en los dos niños incapacitados?. En la mayoría de los casos no se puede culpar a nadie. El ponerse en la posición de criar y cuidar a un niño incapacitado es una tarea difícil, y muy pocas personas comprenden lo frustrante que podría ser. Nadie podría esperar que estos padres manejen esta carga solos. Pero, cómo es posible que un campesino, sin haber cursado la primaria, pueda comprender la incapacidad, cómo esta incapacidad puede afectar los patrones naturales de desarrollo para el niño, y saber cuáles son las etapas del desarrollo normal y cuáles técnicas y actividades terapéuticas pueden ser usadas para ayudar al niño?. Estos individuos necesitan recibir entrenamiento especifico y ayuda para que lleguen a entender el problema y la necesidad de proveer estimulación a su niño. Una vez que entiendan esto necesitarán del apoyo emocional para soportar los momentos de depresión cuando su niño llega a un punto estático de su desarrollo. (Para padres de niños normales, que se desarrollan rápidamente, el cambio que observan puede ser suficiente recompensa positiva para que los motive a más contacto, interés y estimulación. Las recompensas diarias rara vez pueden ser observadas por padres de niños severamente incapacitados. Podrían pasar varios meses antes de que su niño domine una nueva tarea).

CUALES SON LAS RESPONSABILIDADES DE LOS PROFESIONALES?

Si tal vez se ha de culpar a alguien, los profesionales deberíamos compartir parte de esta responsabilidad. Nosotros somos los individuos con los instrumentos, conocimientos y experiencias y de alguna manera, debemos transmitir esta información a aquellos padres en necesidad. Posiblemente, por esta ra-

zón es que necesitamos programas para "niños especiales". Por medio de los programas de estimulación precoz para el retrasado en el desarrollo o incapacitado se pueden lograr las siguientes metas:

1. Los padres deben ser instruidos en los métodos necesarios para proveerle al niño estimulación positiva y sistemática para el desarrollo. Como se mencionó anteriormente, los primeros años de vida son críticos y en vista de que muchos niños incapacitados pasan lentamente estas etapas del desarrollo, no debe de perderse ni un minuto.

2. Los estudiantes necesitan ser reevaluados en una base regular para proveer a los padres las mejores actividades de estimulación posibles para el nivel de desarrollo de su niño.

3. Proveer a los padres apoyo emocional para que puedan soportar la difícil tarea de tratar con su niño las 24 horas. Como profesionales, no estamos en posición de tener contacto continuo con el niño. No tenemos que experimentar las frustraciones de tratar con problemas secundarios que se suman a la rutina diaria de alimentar, vestir y bañar.

4. Se debe hacer conciencia en los padres sobre las instituciones y servicios que están disponibles para su niño y deben ser instruidos y estimulados para utilizarlos.

5. Se debe dar la oportunidad a los padres de compartir con otros adultos que están experimentando la misma situación. Muchas veces, las únicas personas que verdaderamente entienden las frustraciones son aquellas que se enfrentan a las mismas tareas.

6. Los estudiantes incapacitados necesitan tener la oportunidad de compartir experiencias sociales y educacionales en donde se les permita jugar, caer, ensuciarse, comunicarse con sus iguales y triunfar.

7. Aquellos estudiantes incapacitados que pueden participar con niños "normales" deberían ser integrados en los programas existentes en donde tengan oportunidad de compartir en un ambiente estimulante. Muchas veces los modelos que se proveen por los niños "normales" tienen más éxito en el desarrollo estimulante que los meses de instrucción de un maestro o los padres. No hay razón por la cual un niño de 6 años de inteligencia normal, aunque no sea ambulatorio, no pueda participar en un programa de kinder de la comunidad local. En vez de enfatizar el hecho de que el niño no puede

caminar y castigarlo por su incapacidad, se le debe dar la oportunidad de mejorar estas habilidades o destrezas que posee.

8. Aquellos individuos que trabajan con niños incapacitados deben formarse en equipo (no necesariamente formal). Porque todos los varios miembros (padres, doctores, enfermeras, maestros, trabajadores sociales, terapistas físicas) trabajan para los mismos resultados, es más productivo si los individuos envueltos se coordinan en un esfuerzo combinado, con menos posibilidad de duplicación de servicios y con mayor posibilidad de reforzar cada una de las metas del otro.

UN EJEMPLO PARA JUSTIFICAR LOS PROGRAMAS:

Es posible que una simple comparación entre dos infantes ayudará en la justificación y entendimiento de la necesidad para los programas de estimulación precoz para niños incapacitados. Por supuesto, este es un caso hipotético pero las características son bastante comunes. (Refiérase al cuadro y las últimas páginas).

DESCRIPCION GENERAL DE LA FAMILIA Y DEL AMBIENTE
1. Ambos niños tienen 2 años de edad.
2. Ambos son de áreas rurales.
3. Ambos padres son peones y las madres empleadas domésticas.
4. Siete niños en ambas familias.
5. La hijá mayor se queda en casa a cuidar los niños, lava la ropa, cocina y limpia.
6. Ambos viven en barrios en donde la familia es grande (muchos niños son menores de 7 años).
7. Ambos niños son de inteligencia normal. (Carlos es normal ya que no tiene una condición de incapacidad y Juan es restringido en su desarrollo debido a su incapacidad, parálisis cerebral).

CARLOS "NORMAL"	JUAN (CON PARALISIS CEREBRAL)	BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
1. Motora Gruesa - puede caminar. (Sale de la casa para jugar y trepar con otros niños.	1. Motora Gruesa - no puede estar sentado por largos períodos de tiempo sin ser apoyado. (Se le deja en la cuna sin poder gatear en el piso y relacionarse con otros).	1. Motora Gruesa - se le puede enseñar a la familia actividades sencillas y ejercicios para que su "niño especial" reciba la estimulación para su desarrollo físico.
2. Motora Fina - puede recoger objetos pequeños, jugar con bolas (juega con rocas y cositas con los niños del vecindario. (Se le permite jugar con el lodo y en el agua).	2. Motora Fina - no puede sostener objetos por largos períodos de tiempo, no puede recoger artículos más pequeños que una pelota de ping-pong. (Se deja en la cuna porque no puede estar en el suelo. Los juguetes que se dejan en la cuna los cogen sus hermanos).	2. Motora Fina - a los miembros de la familia se les estimula para que provean objetos de varios tamaños para que los manipule. Se le enseña a la familia como debe ser estabilizado el cuerpo antes de que el niño pueda usar sus manos. Animarlos para que le permitan al niño explorar.
3. Lenguaje - puede hablar y expresar sus necesidades a sus amigos y parientes. Utiliza combinaciones de palabras para formar fragmentos de oraciones. (Practica todos los días con niños del vecindario).	3. Lenguaje - no puede hablar. Expresa sus necesidades por medio del llanto o por medio de movimientos gruesos del cuerpo. (Recibe muy poca estimulación verbal de la familia, aislado en la cuna sin ningún contacto con otros).	3. Lenguaje - se anima a los miembros de la familia a hablar con su hijo (cara a cara) de una manera cálida y amorosa. Se le enseña a la familia cómo su niño puede entender a pesar de que no puede hablar.
4. Social - puede alimentarse sin ayuda de nadie. Come toda la comida que se le sirve a la familia.	4. Social - no puede alimentarse por sí solo. La hermana debe darle de comer. Solo le da alimentos suaves y líquidos.	4. Social - a los miembros de la familia se les puede animar para que incluyan a su hijo en la hora de almuerzo familiar (para estimulación

CARLOS "NORMAL"	JUAN (CON PARALISIS CEREBRAL)	BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
		social y lenguaje). Puede ser instruido sobre la importancia de los alimentos sólidos y la técnica de alimentación.
PERSPECTIVA - A pesar de que este niño se basta por sí solo la mayor parte del tiempo, tiene la oportunidad de salir de su casa y practicar las destrezas de su nivel de desarrollo (social, físico y mental). Explora y experimenta en su ambiente diariamente.	PERSPECTIVA - Ya que está confinado a su cuna todo el día no se le da la oportunidad de explorar y compartir su ambiente. Los miembros de la familia no comprenden la necesidad de suministrar ayuda porque todos los demás hermanos han aprendido por sí solos. Entre más tiempo se deje, mayor retraso tendrá en su desarrollo, mayor será la frustración para la familia, será más difícil trabajar con el niño, desarrolla problemas secundarios (físicos y emocionales) más rápidamente ya que la hermana no le permite jugar en el piso y ensuciarse, este niño no podrá practicar las destrezas necesarias para tareas futuras.	PERSPECTIVA - Los miembros de la familia pueden ser instruídos sobre los problemas de la incapacidad y lo que se debe hacer con un programa que se base en el hogar. Se puede mostrar actividades sencillas para estimular el desarrollo e interés del niño. Se le puede enseñar a la familia lo que el niño puede hacer en vez de lo que el niño no puede hacer. Se le puede estimular a la familia para que proveen más contacto "social" para el niño, pero con niños "normales". Las áreas dudosas pueden ser explicadas y las técnicas especiales pueden ser demostradas para que sirvan de ayuda en las tareas diarias. Se puede encontrar colaboración profesional para ayudar a los padres.

Un niño minúsvalido, confinado a aislamiento e inactividad no puede ni podrá desarrollar su potencial completo. De alguna manera, las familias de estos niños necesitan ser informados, instruídos y estimulados para que puedan ser capacitadas de proveer la estimulación necesaria para su hijo. Así como el entrenador guía al jugador de futbol para practicar hasta perfeccionarse en el juego, así también los padres deberán guiar a su niño en la práctica para dominar las etapas de desarrollo.

C A P I T U L O III

LA ORGANIZACION DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA EN UNA ZONA RURAL

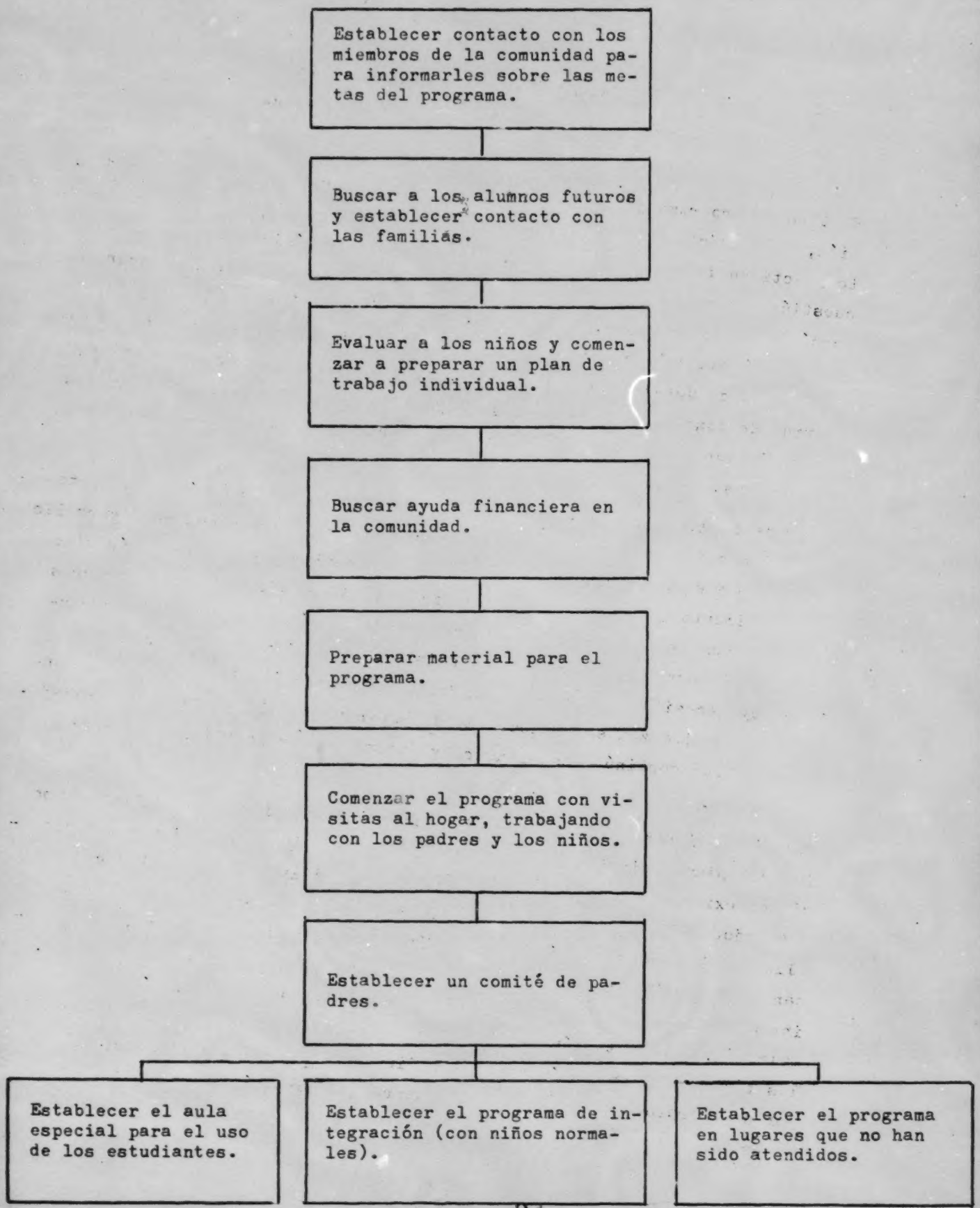
LA ORGANIZACION DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA EN UNA ZONA RURAL

El tipo de programa y los métodos para el establecimiento de la organización, ciertamente variarán, dependiendo de: la comunidad (su entendimiento y actitud frente al programa), las necesidades básicas del grupo en cuestión (tipos de impedimentos y las edades de los niños), los recursos económicos del programa, etc. Pero, el método en sí no es la meta final y no será tan crítico siempre y cuando los objetivos sean logrados: prevenir futuros defectos de nacimiento, el mejoramiento en las condiciones de vida de aquellos que lo necesitan y el intento de mejorar el panorama futuro de aquellos infantes que se encuentran retardados en su desarrollo o impedidos.

Este material puede ser de alguna ayuda para proveer una guía en el establecimiento de un programa de estimulación precoz para niños de desarrollo retardado y aquellos individuos de edad preescolar que tienen algún tipo de impedimento. El programa específico está diseñado para niños menores de seis años de edad. De ninguna manera esta guía tiene todas las respuestas ni cubre todos los temas posibles, pero sirve de comienzo en un área muy necesitada de cuidado sanitario y educación las cuales no se encuentran en las zonas rurales. Es de esperar que el maestro o el trabajador de salud continúe sus estudios y aumente sus conocimientos respecto de este campo.

También es importante recordar que los padres no tienen que entender todos los mecanismos biológicos y ambientales necesarios para mejorar las condiciones existentes de sus niños. Técnicas sencillas usadas en las casas pueden mejorar intensamente los complicados problemas del desarrollo sin que ellos entiendan la teoría y filosofía de cada actividad. Pero, es importante que el instructor entienda lo básico en las áreas del desarrollo, las influencias durante los períodos prenatales y postnatales, métodos de estimulación, la adaptación de métodos en casos especiales y las diferencias en las técnicas en relación a los impedidos. Y cuando sea posible, el trabajador debe tratar de informar a los padres de por qué se hacen ciertas actividades.

ORDEN DE EVENTOS PARA ESTABLECER UN PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ



I ORDEN DE EVENTOS

Aunque en muchos aspectos cada comunidad es diferente, hay ciertas cosas que uno tiene que cumplir para que el trabajo con los padres y los niños sea fructífero. La información a continuación es una manera de organizar un programa de este tipo.

A. Establecer contacto con los miembros de la comunidad (hospitales, centros y puestos de salud, iglesia, escuelas, programas de educación especial, clubes de servicio y clubes sociales).

- informarles sobre el tipo de programa.
- iniciar una colaboración entre las instituciones existentes.
- comenzar la búsqueda de ayuda financiera.

B. Buscar a los alumnos futuros y establecer contacto con las familias (un proceso continuo a través del programa)

- usar los contactos (hospitales, centros y puestos de salud, iglesia, centros de educación y nutrición, etc) para localizar a los niños. La mejor fuente de información son las enfermeras, los asistentes rurales y los trabajadores sociales.
- hacer una visita inicial a la casa (si es posible, es mejor ir con la enfermera o el asistente rural) para explicar los objetivos del programa.

C. Evaluar a los niños y comenzar a preparar un plan del trabajo individual (un proceso continuo a través del programa)

- recoger información de los padres en conversaciones informales.
- usar un cuestionario informal para determinar el nivel de funcionamiento del niño.
- evaluar la necesidad de exámenes con especialistas en las áreas: motora, visual, auditiva.
- desarrollar el plan de trabajo con los padres (se debe llegar a un acuerdo sobre las prioridades de ambos).

D. Buscar ayuda financiera de la comunidad (un proceso continuo a través del programa)

- establecer la ayuda financiera por parte del gobierno (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública, Departamento de Educación Especial, C.C.S.S.)
- buscar la ayuda de los clubes y organizaciones que trabajan en la comunidad: Activo 20-30, Rotario, Leones, Cáritas, etc.
- buscar la ayuda o apoyo comunal: establecimientos comerciales, oficinas gubernamentales, comités de la comunidad.

E. Preparar material para el programa (un proceso continuo a través del programa)

- preparar o adquirir materiales para el aula y para uso en las casas (para todos los niños).
- preparar materiales de acuerdo a las necesidades individuales niños de manera que se garantice la funcionalidad de su uso en el nogar.

F. Comenzar el programa de visitas al hogar, trabajando con los padres y los niños (un proceso continuo a través del programa)

- observar al niño en el hogar y evaluar su nivel funcional y la interacción con los padres y demás miembros de la familia.
- evaluar el ambiente del hogar y como afecta al niño.
- evaluar la interacción, capacidades, y recursos de la familia y cómo estos factores se relacionan con el problema individual del niño.
- evaluar necesidades de salud y de cuido médico especial para el niño (talvez exámenes adicionales).
- evaluar las necesidades de equipo especial para el niño (silla de ruedas, silla de esquina, etc.).
- aclarar los aspectos del programa y/o el entrenamiento a los padres si tienen dudas. Si los padres no están seguros de los efectos a largo plazo del impedimento, el maestro o asistente de salud debe informales de los múltiples aspectos relacionados con la condición del niño. Para esto es importante que el maestro o instructor conozca el diagnóstico

y pueda hacer una interpretación adecuada del mismo. El instructor puede referirlos a personal médico con experiencia y conocimientos básicos relacionados a la problemática del niño.

- introducir actividades nuevas para el niño, explicando a los padres la importancia de las mismas e ilustrándoles las técnicas que deben utilizar.
- dejar en el hogar los materiales correspondientes a la actividad o terapia que necesita el niño.

G. Establecer un comité con los padres

- guiar un grupo de padres que establecerá contacto con otros padres para aumentar la interacción y apoyo.
- guiar un grupo que ayudará y apoyará el desarrollo de actividades para recoger fondos.
- usar las reuniones del club para orientar a los padres o aclarar dudas.
- usar el grupo como vocero para las personas minusválidas, tanto a nivel de estimulación precoz como a nivel escolar o vocacional.
- usar el grupo para establecer contacto con otros miembros de la comunidad.

H. Establecer un aula especial para atención de los estudiantes

- encontrar local:
  1. Hospital: buen local para mejorar relaciones con el personal médico; posible apoyo fincnaciero de parte de los fondos del hospital; es posible compartir el equipo y los juguetes de la sala de pediatría.
  2. Centro de Educación y Nutrición: es posible compartir juguetes y equipo con los niños preescolares; la integración con los estudiantes es posible ("niños especiales" con niños preescolares); niños y madres pueden participar en el programa de alimentación gratuito.

3. Escuela: facilidades de iniciar y sostener contacto con otros programas de enseñanza especial; posible integración de estudiantes con las clases regulares; acceso al equipo de otros programas.

- establecer la estructura de la clase para llenar las necesidades (intelectuales, físicas de lenguaje, y el desarrollo personal-social) de los estudiantes.
- establecer un horario de clases considerando factores como: medios de transporte y posibilidades de participación paterna. Por ejemplo:
  - un día cada semana (tres horas cada clase)
  - dos días cada semana (dos horas cada clase)

I. Establecer el programa de integración (niños "especiales" con niños "normales")

- establecer el lugar para interacción:
  1. la escuela
  2. el hospital
  3. centro de educación y nutrición
  4. la comunidad
- organizar actividades como:
  1. fiestas
  2. paseos
  3. deportes
  4. actividades en el aula

J. Establecer el programa en lugares aún no atendidos (áreas rurales fuera de los centros de población)

- proceder de acuerdo a las circunstancias, tomando en cuenta siempre lo que es apropiado para la comunidad, la familia, y los niños. (Por ejemplo, la falta de transporte adecuado para los padres, hará que el programa tenga que seguir en plan de "visitas del hogar" únicamente.)

II OBJETIVOS DEL PROGRAMA

A. Para el programa en su totalidad

- lograr la cooperación de la comunidad (en el proceso de incrementación y atención en las áreas de: educación especial, estimulación precoz y la prevención de defectos congénitos).
- establecer contacto con miembros de la comunidad con el propósito de detectar infantes necesitados.
- hacer contacto inicial con los miembros de la familia del niño, que requiere el programa.
- explicarles la importancia del programa en cuanto al beneficio para un niño.
- evaluar al alumno e identificar sus necesidades.
- desarrollar un plan de trabajo individual (metas y actividades) para cada niño, basándose en necesidades del momento y metas a largo plazo.
- preparar materiales para el programa (tanto para uso en el aula como para el programa de visitas al hogar).
- comenzar el programa de estimulación precoz con la participación de ambos padres (si es posible y factible) en la casa.
- comenzar el club o comité de padres de niños especiales o excepcionales.
- fomentar interés y conciencia en la comunidad a través de charlas o pláticas informales sobre la importancia de la estimulación precoz y prevención.
- trabajar con el personal médico en la comunidad a través de charlas sobre el tema de estimulación precoz.
- intentar establecer integración, en algunos de sus aspectos entre estudiantes y la comunidad.
- formar "aulas especiales" donde los estudiantes y sus padres pueden trabajar juntos (en un grupo).
- entrenar otras personas con el fin de expander el programa en áreas no atendidas. (Alentando voluntarios de la comunidad y escuelas locales).

- recopilar información sobre estimulación precoz para la divulgación en la comunidad: material escrito, charlas, carteles, programa de diapositivas, folletos, etc.
- extender el programa en áreas no atendidas aún.

B. Para padres (A través de este programa los padres lograron lo siguiente):

- aumentar su conocimiento sobre estimulación precoz, especialmente con respecto a su hijo.
- COMPRENDER EL POR QUE DE ESTE PROGRAMA Y LA IMPORTANCIA PARA SU HIJO.
- aprenderactividades específicas para su niño (y entender en general, por qué estas actividades son importantes).
- participar en el club de padres (para recibir apoyo e interacción del grupo).
- conocer más de las fuentes de ayuda a su alcance, en la comunidad y en el campo.
- desarrollar un interés creciente por su hijo, reconociendo y aceptándolo como un individuo único.

III APOYO PARA EL PROGRAMA (Posibilid des)

A. Apoyo financiero:

1. Instituciones de Gobierno:
   - Ministerio de Educación Pública/Departamento de Educación Especial
   - Mihisterio de Salud/Departamento de Salud Mental
   - Caja Costarricense de Seguro Social
2. Clubes y Organizaciones (comunales y nacionales):
   - Club Activo 20-30
   - Leones
   - Club Rotario
   - Cáritas (Organización Católica)
   - Clubes de Mujeres (locales o nacionales)
   - A.I.D. (E.E.U.U.)
   - Fondos de Asistencia de Embajadas Extranjeras
   - Individuos de la comunidad

3. Instituciones que pueden colaborar:
   - Oficina Regional (o Subregión) de Educación
   - Escuelas locales
   - Centros y Puestos de Salud
   - Centros de Educación y Nutrición
   - Hospitales

4. Actividades para recaudar fondos:
   - bailes
   - loterías
   - ventas (productos hechos a mano, ropa, comida, etc.)
   - festivales de música o concursos

B. Apoyo de Personal

1. Personal del sistema educativo:
   - profesores, maestros, niñeras

2. Personal del sistema médico:
   - médicos
   - enfermeras
   - asistentes rurales
   - trabajadores sociales

3. Padres de los niños "especiales"

4. Miembros interesados de la comunidad

5. Estudiantes colegiales

6. Trabajadores locales
   -carpinteros
   -soldadores
   -agricultores

C. Apoyo Material

1. Instituciones del Gobierno
2. Instituciones de cooperación
3. Recursos comunales
4. Recursos internacionales

VI ADMINISTRACION DEL PROGRAMA

Bajo el sistema actual (en Costa Rica) para este grupo de niños preescolares en cuestión, que demuestran retardos en el desarrollo y/o niños con uno o más impedimentos, las instituciones de apoyo principal son:

- Ministerio de Educación Pública/Departamento de Educación Especial
- Ministerio de Salud/Departamento de Salud Mental
- Caja Costarricense de Seguro Social

La información siguiente es una comparación entre las tres instituciones, en relación con la operación de un programa de estimulación precoz para niños minusválidos y/o niños retardados en su desarrollo.

A. Ministerio de Educación Pública/Departamento de Educación Especial:

Bajo el auspicio de este departamento, el mayor énfasis está enfocado a los niños con retardos específicos en el desarrollo y/o impedimentos, mentales y físicos.

1. Aspectos Positivos de un programa con el Ministerio de Educación Pública/Departamento de Educación Especial:
   - el personal tiene preparación en el área de educación especial.
   - hay mejor contacto (o posibilidades) de establecer un servicio continuo para niños con los programas especiales.
   - hay más posibilidades de establecer cooperación entre los padres de todos los grupos de educación especial.
   - hay más oportunidades para integrar a los estudiantes con los compañeros "normales".
   - hay más posibilidades de compartir equipo y juguetes con otros programas educativos.

2. Aspectos Negativos
   - menos posibilidades de encontrar transporte para las visitas al hogar.

- los contactos son limitados para localizar a los niños (de edad preescolar) que necesitan ayuda especial.
- contacto limitado con personal médico, (no hay coordinación con equipos multidisciplinarios para un diagnóstico integral).
- el maestro de educación especial trabaja 9 meses cada año y solamente medio día (así, los niños interrumpen el programa por 3 meses cada año).

B. Ministerio de Salud/Departamento de Salud Mental: Hasta ahora parece que hay un programa de estimulación precoz, bajo el auspicio de este departamento que incluye estimulación temprana para niños "normales" y para infantes clasificado como niños de "alto riesgo" y además, prevención de los defectos y retrasos del desarrollo.

1. Aspectos Positivos de un programa con el Ministerio de Salud Departamento de Salud Mental:
   - hay más contacto con personal médico y los servicios médicos.
   - hay mayores posibilidades de encontrar transporte para uso en el programa de estimulación precoz (visitas a las casas).
   - hay mejor contacto para localizar a los alumnos o niños que necesitan ayuda (por medio de las citas médicas y las visitas a hogares que hacen los asistentes rurales).
   - el personal del Ministerio de Salud trabaja todo el año (12 meses cada año) y todo el día.
   - hay mejores contactos con instituciones de apoyo relacionadas con salud, aumentando las posibilidades de tener información sobre prevención de los defectos prenatáles.
   - hay mayores posibilidades para referir los niños a especialistas.

2. Aspectos Negativos
   - el personal no tiene entrenamiento o experiencia en el campo de educación especial.
   - el contacto con otros programas de educación especial es poco.

- muy poco contacto con el área de educación, reduciendo las oportunidades de integración de los estudiantes (excepto en el Centro de Educación y Nutrición).
- en general, hay menos tiempo para trabajar con cada niño "especial".
- hay menos oportunidades de compartir los juguetes y equipo con otros programas educativos.

C. Caja Costarricense de Seguro Social:

1. Aspectos Positivos de un programa con la Caja Costarricense de Seguro Social:
   - hay mayor contacto con personal médico y los servicios respectivos.
   - hay mejor contacto para localizar a los alumnos o niños que necesitan ayuda (por medio de las citas médicas).
   - el personal de la Caja trabaja todo el año y todo el día.
   - hay mayor contacto con agencias de apoyo, relacionadas con salud, aumentando las posibilidades de divulgar información de prevención de los defectos prenatales.
   - hay mayores posibilidades de referir a los niños a los especialistas.
   - hay mayores posibilidades de compartir equipo y juguetes del salón de pediatría.

2. Aspectos negativos
   - el personal no tiene preparación en el área de educación especial.
   - el contacto es limitado con otros programas de educación especial.
   - el contacto es limitado con el área de educación, reduciendo así las oportunidades para integrar a los estudiantes "especiales".
   - hay menos posibilidades para visitar las casas regularmente, (en comparación con el sistema establecido con las asistentes rurales, del Ministerio de Salud).

Cada institución tiene sus "pros y contras", según la estructura y los recursos a su disposición. La decisión de cuál organización es mas ventajosa depende de muchos factores: clase de comunidad (idiosincrasia), recursos locales y transporte, accesibilidad de servicios médicos, y accesibilidad de voluntarios.

V TIPOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA OPERACION DEL PROBLEMA

Como en cualquier programa u organización, existen dificultades operacionales que obstaculizán la cantidad y calidad del trabajo. La información anotada a continuación incluye cuatro de los problemas más grandes en cuanto al problema de estimulación precoz en las áreas rurales o las comunidades.

A. Transporte: Para poder establecer un programa de visitas hogareñas, es necesario que el maestro o trabajador de salud social tenga alguna forma de transporte (aparte del sistema público de transporte, si existe). En muchos casos, el transporte local no llena las necesidades de la persona encargada del programa. En contraste con el sistema educacional establecido en una comunidad urbana, el programa rural, a nivel hogareño, requiere muchas visitas al hogar (y muchas veces las casas están en lugares muy retirados. Para poder establecer un horario de visitas hogareñas regulares, el maestro debe coordinar alguna forma de transporte o adquirirlo con alguna agencia patrocinadora o con la comunidad.

B. Materiales: Para operar un programa de estimulación precoz, la persona involucrada debe fabricar materiales para doble uso: en visitas hogareñas y en el aula. Según el número de estudiantes y la frecuencia de visitas al alumno, la cantidad puede variar considerablemente. Una vez entregados los juguetes, libros y otros objetos al hogar la familia tendrá que darse cuenta que esos objetos son materiales didácticos y que deberán ser devueltos en la fecha indicada. Además, todos los miembros de la familia deben tener en mente que estos materiales didácticos son para el uso del estudiante. En las familias numerosas de pocos recursos, generalmente hay una escazes de juguetes en el hogar y muchas veces,

los materiales que se dejan son la única fuente de estimulación para los niños de la familia. A veces, el niño "especial" es el último en poder usarlos.

C. Información relacionada con el programa:

Por cuanto este tipo de programa es una aventura relativamente nueva en lo que se refiere a servicios para los impedidos o niños con desarrollo retardado, pocas personas tienen una idea clara de sus metas, métodos, y técnicas en sí. Corresponde al trabajador de salud o el maestro informar y alentar al público y a los padres de familia, para proveer al niño el mejor medio educacional posible.

Como parte integral del programa de visitas hogareñas, es importante dejar información a los padres, material escrito relacionado al impedimento de su hijo y las actividades que se deben hacer en el hogar (basándose en las necesidades del niño). La disponibilidad de información para los padres, les aportará una gran ayuda en cuanto a la aclaración de las dudas que surjan.

D. Servicios Médicos:

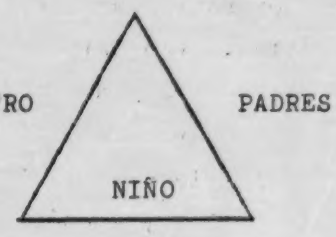
Una de las características más comunes de los niños "especiales" (independiente al tipo de incapacidad) es la necesidad de atención médica especial, sea para examen o tratamiento. Por ejemplo, un niño con parálisis cerebral, que presenta múltiples incapacidades, requerirá una cantidad de exámenes, al cabo de los cuales se determina el tratamiento que puede incluir varias áreas y prolongarse por mucho tiempo. La dificultad más grande para los niños y los padres, que viven en zonas rurales de Costa Rica, es que estos servicios especiales están localizados en la Meseta Central. Al saber que deben llevar a su hijo a San José, los padres especialmente aquellos de pocos recursos y preparación, tendrán varios temores y frustraciones (tipo de transporte disponible para viajar a San José, tiempo que se requiere en la capital, la necesidad de hospedaje, los gastos de alimentación, temor de la ciudad y hospital). Dependiendo de la condición del niño, se les puede citar

con mucha frecuencia durante el año.

VI SISTEMA DE OPERACION

Dentro de la estructura de este programa, hay muchas clases de interacción y "mini-sistemas". El trabajador de salud o maestro tendrá que proveerse de liderato y dirección en todas las áreas para poder desarrollar y operar el programa más eficaz para los alumnos. La información a continuación puede servir de asistencia al establecer y aclarar sistemas individuales dentro del cuadro general.

A. Maestro-Padres-Niño



La relación y comunicación entre los tres participantes es de mucha importancia, la interacción del padre e hijo debe ser la más fuerte. "Hay indicaciones que dicen que la interacción que existe entre la madre y el hijo (o cuidador/infante), en los primeros días, forman no solo el patrón de comportamiento, sino también, los circuitos electro-químicos del proceso de pensamiento del cerebro". Cada participante juega un papel al proveer un medio conducente al desarrollo del niño.

En cuanto al primer pie del triángulo, interacción del maestro y niño, el período de contacto es corto, pero bastante importante. Durante este tiempo el maestro necesitará cumplir muchos objetivos:

1. Evaluar el ambiente del hogar y de como afecta al progreso del niño.
2. Evaluar las capacidades y recursos de la familia y como se relaciona con el progreso del niño.
3. Evaluar metas a largo plazo para el niño y como "se ajustan" a los recursos de la familia y la comunidad.

4. Evaluar requisitos de la salud del niño (si son necesari s algunas pruebas especializadas).
5. Evaluar y reevaluar el nivel funcional del niño.
6. Hacer nuevas metas y materiales en relación a las actividades.

La relación entre estos dos, maestro y niño, es algo más que un período de instrucción individual, es también, un período de observación, en que se deben anotar las múltiples influencias del medio ambiental que afectan el crecimiento del niño.

Ya cumplida la parte maestro-estudiante, el instructor debe relatar su información a los padres. Pero, tendrá que hacerlo en términos comprensibles para ellos. (No existe ningún mérito en explicar los lazos que unen a la madre y al hijo en terminología a nivel universitario cuando la madre o padre no han logrado una educación de segundo grado de primaria). También es importante aprender de las posibilidades materiales y económicas de los padres, y no asignarles tareas fuera del alcance de sus capacidades. El niño tiene contacto paternal (ó con miembros de la familia) la mayor parte del tiempo, el Dr. Earl Schaefer ha sugerido que los "profesionales pueden ser mucho más eficaces en cuanto a su tiempo pagado si trataran de cambiar el trato del padre hacia su hijo en comparación con la eficacia del esfuerzo de cambiar el comportamiento del niño a través de intervención directa. Existe la necesidad de un triángulo de trabajo entre madre-padre-niño profesional". El trabajador de salud o instructor debe informar a los padres en las siguientes áreas:

1. El nivel funcional del niño.
2. Las actividades apropiadas al siguiente paso de desarrollo en el niño.
3. Las influencias importantes del medio.
4. Los papeles que desempeñan en el desarrollo del niño los otros miembros de la familia.
5. La importancia de la disciplina y consistencia.
6. La importancia del amor, cuido, comprensión, y afecto. ("intervención debe venir en segundo lugar al gozo del

infante como tal").

Los padres no podrán hacer el trabajo solos, ellos tienen que ser instruidos, alentados, alabados, y comprendidos, principalmente porque su trabajo no es sencillo y las horas pueden ser largas y frustrantes. Hay que darles esperanza de que su hijo podrá progresar a un nivel más alto sobre expectativas reales. Si carecen de esa esperanza no habrá mucha posibilidad de que deseen llenar los requisitos necesarios para que el niño progrese.

B. Visitas Hogareñas

En cuanto a estímulo infantil en comunidades rurales y urbanas, las visitas hogareñas son de importancia y utilidad extrema. Por cuanto el hogar es el medio principal del niño, hay que observar su influencia, analizarla para incrementar y mejorar el desarrollo del niño, si es necesario regulandolo ó manipulandolo. Se refiere especialmente a individuos que se encuentran en áreas rurales donde no existen tantas oportunidades de disfrutar la variedad de estímulo que en áreas urbanas. El instructor estará obligado a comprender que hay varios aspectos de la vida familiar que, a nivel leve o grave, influyen en el desarrollo del niño.

1. NUTRICION

-La nutrición adecuada es esencial para el bienestar y crecimiento físico del niño.
-Los padres y personas que cuiden al niño tendrán que darse cuenta de la importancia de una dieta balanceada (tomando en cuenta los alimentos accesibles en la comunidad).

2. SALUD GENERAL

- La salud general del niño afecta el incremento proporcional a nivel del desarrollo del niño.
- Los miembros de la familia, los padres e hijos mayores deben comprender los buenos hábitos de salud y practicarlos en la casa. Además, todos los miembros de la familia deben conocer las facilidades de cuido de salud a su

disposición en la comunidad.

3. AMBIENTE EMOCIONAL DEL HOGAR

- El ambiente emocional del hogar afecta al niño. Una atmósfera infeliz reprime un desarrollo sano: un hogar feliz y cariñoso deja que el niño crezca y experimente en un ambiente seguro.

4. DISEÑO FISICO DE LA CASA

- El hogar debe ser seguro para los niños muy jóvenes.
- El espacio es importante para la adquisición del movimiento motor. El niño debe tener posibilidad de acceso a la mayor parte de la casa, necesita gatear, rodar, subir, caminar y pararse.
- Adentro del hogar la familia debe proveer de juguetes y otros materiales educacionales confeccionados por los padres o familiares que sean adecuados a su nivel de desarrollo.

5. INTERACCION ENTRE MIEMBROS DE LA FAMILIA Y EL NIÑO

- El padre y la madre, ambos, deben ser accesibles al hijo en el grado que sea posible.
- Tanto los padres como los otros hijos pueden colaborar en el desarrollo del niño participando en actividades relacionadas con su nivel y creando un ambiente reforzado con positivismo y seguridad.

6. SITUACION FAMILIAR ECONOMICA

- Los padres deben ser concientes de que la estimulación y afecto es algo que pueden dar a su hijo independientemente de su condición económica.

La visita hogareña puede y debe ser el método de operación principal en áreas rurales especialmente, por cuanto conduce a una interacción familiar en un ambiente de confianza. En muchos casos,

los padres son incapaces de salir del hogar por diferentes razones.

a. TAMAÑO DE LA FAMILIA

Muchas familias tienen niños menores en el hogar y no hay quien los cuide por largos periódos de tiempo.

b. FALTA DE TRANSPORTE DE IDA Y REGRESO AL HOGAR

Si existe, por lo general sólo hay servicio una ó dos veces al día.

c. CLIMA

Durante la época de lluvia muchos caminos están cerrados.

d. FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS

Para transporte y alimentación fuera de la casa.

Pero, en todos los casos, el programa de visitas hogareñas se debe combinar con:

1. El contacto de los padres con los comités de padres.
2. La interacción del niño una aula.
3. La integración con niños "normales".

La frecuencia de las visitas y el tiempo de cada lección se arregla, se organiza de acuerdo a:

a. El horario del maestro.
b. Las facilidades de transporte.
c. La cantidad de los alumnos.
d. Grado de impedimento.
e. Las necesidades de los padres.
f. La ubicación de la casa.

Es bastante difícil establecer un tiempo equitativo para los estudiantes por varios factores. Pero el maestro debe tratar de visitar cada hogar por lo menos una vez cada dos semanas. Un horario de visitas semanales con un período de contacto de una hora es muy deseable, si el programa no da tiempo para contacto regular, lo más

seguro es que los padres se vanadesanimar un poco. Tanto los padres como cada niño necesita refuerzo y animación. Como sea el horario, tendrá que ser flexible por problemas tales como: citas médicas, enfermedades, reuniones de maestros ó enfermeras.

7. EL AULA

En conjunto con el programa de visitas hogareñas, el ambiente en el aula ofrece muchas influencias a ambos padres y a los alumnos:

a. Interacción entre los padres.
b. Interacción entre los alumnos.
c. Interacción entre el público en general y el programa según el sitio ó la localidad.
d. Interacción entre personal médico y el programa(según la ubicación del local).
e. Observación de otros niños por parte de los padres del grupo.
f. Interacción estudiantil en un medio diferente (al del hogar del alumno).

En este ambiente los padres y los niños trabajan juntos, bajo la supervisión del instructor. Las actividades incluídas en este programa son variadas y probablemente reflejarán la filosofía y experiencia del instructor, pero el horario de cada día debe incluir lo siguiente:

a. Tiempo para usar el servicio sanitario.
b. Tiempo para juego libre.
c. Tiempo para actividades en grupos pequeños.
d. Actividades de motora gruesa
e. Actividades de motora fina y sensorial.
f. Actividades de lenguaje.
g. Tiempo para actividades en grupos grandes.
h. Actividades de motora fina y gruesa.
i. Actividades de arte sensorial.
j. Tiempo para interacción entre los padres (planeado al mismo tiempo que el juego libre de los alumnos).

1. TIEMPO PARA USAR EL SERVICIO SANITARIO

Posiblemente, los mejores momentos para planear un "ir al baño", será cuando los alumnos llegan y cuando están participando en la hora del refrigerio. El entrenamiento en uso del servicio debe ser estimulado.

2. HORA DEL JUEGO LIBRE

Los niños deben tener cierto "tiempo libre", para explorar interrelacionarse y experimentar sin la interferencia de los adultos. (Claro que se debe proporcionar algunos juguetes pensando en sus áreas de desarrollo). Puesto que es difícil organizar un horario basado en la hora de llegada de los estudiantes y en la hora del refrigerio, el instructor puede planear el tiempo libre junto con el tiempo, dedicado a ir al servicio sanitario.

3. ACTIVIDADES PARA GRUPOS PEQUEÑOS

Durante esta sección del programa, los niños participarán en cuatro áreas generales del desarrollo:

a. Actividades de motora gruesa (actividades usando los músculos grandes del cuerpo).
b. Actividades de motora fina (actividades coordinadas ó usando los dedos de la mano).

4. REFRIGERIO

La hora del refrigerio provee dos oportunidades al estudiante: la socialización entre los alumnos y la práctica de sus habilidades de comer.

Durante este tiempo, el maestro puede trabajar con problemas especiales de alimentación, mientras las madres atienden a sus niños. Después se alienta a los niños a participar en juego libre, sin la ayuda de sus madres.

5. ACTIVIDADES EN GRUPOS GRANDES

Se puede alcanzar varios objetivos durante las actividades con la participación del grupo entero:

- estimulación sensorial y artística

- motora gruesa
- lenguaje
- socialización

El instructor aprovechará la oportunidad de organizar actividades que fomentan la posibilidad de aprendizaje porimitación. Todos los alumnos deben ser incluidos en las actividades, sin tomar en cuenta sus habilidades o impedimentos.

Durante el período de estimulación sensorial y artística en grupos grandes, todos los niños pueden formar un solo grupo en dicha actividad, puede ser:

- pintar con las manos
- pintar con jalea o atol
- barro o plasticina
- jugar con el agua

Para incluir a todos los niños en las actividades en grupos grandes de motora gruesa, se deben hacer adaptaciones especiales. Algunas actividades son:

- carrera con obstáculos
- balancearse, mecerse o columpiarse
- empujar, jalar, montar en carritos
- juegos al aire libre como escalar, rodar, columpiarse, correr
- caminatas
- juegos sencillos con pelota o en círculo
- juegos con agua o arena

La selección del aula debe incluir ciertos requisitos:

- un sitio accesible para la mayor parte de los estudiantes (en cuanto a transporte).
- servicios sanitarios con facilidades adecuadas.
- estar retirado de distracciones.
- luz y aire suficiente.
- tener una bodega segura y adecuada para los materiales que se van a usar en el programa.
- el plantel físico debe ser seguro y accesible para los niños con necesidades especiales.

Hay varios tipos de locales que pueden servir para un programa de estimulación precoz para los niños con retardo en el desarrollo y/o impedidos. Cada posibilidad tiene sus características conducentes según la situación. Cuatro posibles locales son:

- escuela de educación especial (o programa de educación especial)
- centro de educación y nutrición
- hospital
- localidad o casa privada

Escuela de Educación Especial (o programa de educación especial) aspectos positivos:

- ayudar a incrementar otros programas de educación especial.
- maestros de educación especial pueden observar a los alumnos futuros, lo cual fomenta un proceso continuo.
- incrementa las posibilidades de compartir materiales didácticos entre programs de educación especial, economizando así gastos, y aumentando la variedad de juguetes.
- aumenta la conciencia de los padres (de niños en el programa de estimulación precoz) acerca de la educación especial y el futuro que ofrece a los niños.
- fomenta el contacto entre padres de los diferentes programas de educación especial.
- el programa de estimulación precoz puede participar en el almuerzo gratis ofrecido ahora en las diferentes instituciones educativas.
- si el programa está dentro de una escuela (corriente), hay más posibilidades para la integración con niños "normales".

Centro de Educación y Nutrición--aspectos positivos:

- el sitio es excelente para integrar a los niños "especiales" con los que participan en el programa preescolar.
- concientizar a las madres para que asistan al programa de almuerzo gratis (para señoras embarazadas y niños de edad preescolar), en cuanto a las facilidades ofrecidas en el área de estimulación precoz.

- incrementa las posibilidades de compartir equipo y juguetes con el programa preescolar (disminuyendo el costo para ambos programas).
- un lugar excelente para promover la prevención de los defectos prenatales (causados por desnutrición y otras causas).

Hospital--aspectos positivos:

- aumenta el contacto entre padres y personal médico (creando así un entendimiento más amplio de la filosofía y técnica de estimulación precoz.
- compartir el equipo con la sección pediátrica (reduce el gasto de la comunidad).
- fomentar el incremento, en cuanto sea posible, de servicios especializados en el hospital (en áreas como fisioterapia).
- animar la cooperación entre el campo médico y el de educación especial.
- es un buen lugar para localizar infantes de "alto riesgo" y/o retardados en su desarrollo.

Una vez que se establezca el local, la estructura interna tiene que ser organizada y equipada según los requisitos del grupo en cuestión. El equipo y muebles a continuación son recomendables para amueblar el centro básico infantil:

- mesas bajitas
- sillas para orinar
- muñecas y accesorios
- jugue para montar con rodines
- espejo grande
- estantes para jugue y almacenamiento
- alfombras
- sillas pequeñas (estilos variados)
- equipo para actividades de motora gruesa
- muebles pequeños (para jugar), objetos caseros en relación al nivel económico de la familia y/o la comunidad.

- algún tipo de pared móvil
- cajón con arena
- carpa impermeable
- grabadora (para música y para actividades de lenguaje
- escalera con barandas
- equipo de terapia física (rollo, cuña de soporte, silla con respaldo de esquina, bolas grandes)

Otros materiales a considerar son: platos, tazas y cubiertos, delantales para la hora del refrigerio, ropa para usar en las actividades artísticas, artículos de aseo, botiquín de primeros auxilios, buen surtido de artículos y manualidades, una selección de juguetes apropiados para el nivel de desarrollo de los infantes en el programa, y materiales para usar en actividades en grupos pequeños y grandes.

La organización de las facilidades, es de suma importancia para el éxito del programa. Por medio de buen planeamiento, el instructor puede ahorrar una cantidad tremenda del tiempo y esfuerzo. También, provee un ambiente más apropiado para el estudiante, libre de distracciónes y peligros.

D. El Hogar-El Aula

Como se discutió en una sección anterior de esta guía, cada área del programa ya sea la de visitas hogareñas o la del aula, tiene características positivas y ventajas definidas. Pero, en términos de proveer la mejor situación de aprendizaje posible para el niño una combinación de las dos es necesaria. A través del uso de ambos programas, es posible que el niño reciba estimulación en dos ambientes, combinando la seguridad hogareña con la interacción del salón de clase. Además, los padres tienen la oportunidad de abrir líneas de comunicación, expresando muchas de los problemas y frustraciones que se han acumulado.

E. Integración

La integración de los niños "especiales" con sus compañeros

"normales" debe ser objetivo y debe incluirse dentro de la estructura general del programa. Esto no solo brinda al maestro una continua oportunidad de ver las etapas del desarrollo normal, sino que también aporta un excelente ambiente para el aprendizaje del niño de desarrollo retardado. Por medio del modelado, el estudiante "especial" puede aprender por la observación, imitación y participación, sin recibir la presión a veces continua de los padres y el maestro.

A través de la integración y exposición, el maestro del programa puede aumentar la conciencia de la comunidad hacia los problemas relacionados con los defectos de nacimiento, y la necesidad de estimulación temprana para todos los niños, pero especialmente para los infantes de "alto riesgo". Debiera ser el deseo y esfuerzo del instructor proveer la oportunidad a estos niños: de experimentar al mundo dentro y fuera de su casa, de desarrollar todo su potencial, y de llevar una vida tan normal como sea posible.

CONCLUSION

El nivel de éxito de cualquier programa, ya sea de salud, educación o negocios, se relaciona grandemente a la calidad de los individuos envueltos en el programa y el grado de cooperación que exista entre el personal. Este concepto básico también aplica a los proyectos de estimulación infantil que incluyan retrasados en su desarrollo y/o niños incapacitados (0-6 años de edad). No importa cuán buena es la estructura, la cantidad y calidad de los servicios dependerán del personal que trabaja con los niños y el grado de cooperación entre las instituciones (a nivel local y nacional).

Por qué es tan importante la cooperación? Hay muy poca esperanza de que un niño "especial" alcance su potencial completo si los servicios no están dirigidos en un enfoque "integral". Todos los aspectos de la vida de un niño afectan grandemente su desarrollo y por esta razón, estas influencias (salud, educación y el ambiente familiar) deben ser revisadas y reestructuradas con el fin de ayudar al niño. Por ejemplo, un infante con parálisis cerebral nunca tendrá la oportunidad de seguir adelante si él o ella no tiene el beneficio de buena salud, la cual se adquiere por medio de servicios médicos adecuados. Pero, no es suficiente el solo tener cuidado de salud óptimo si él o ella no recibe la ayuda de terapia física y asistencia en educación especial.

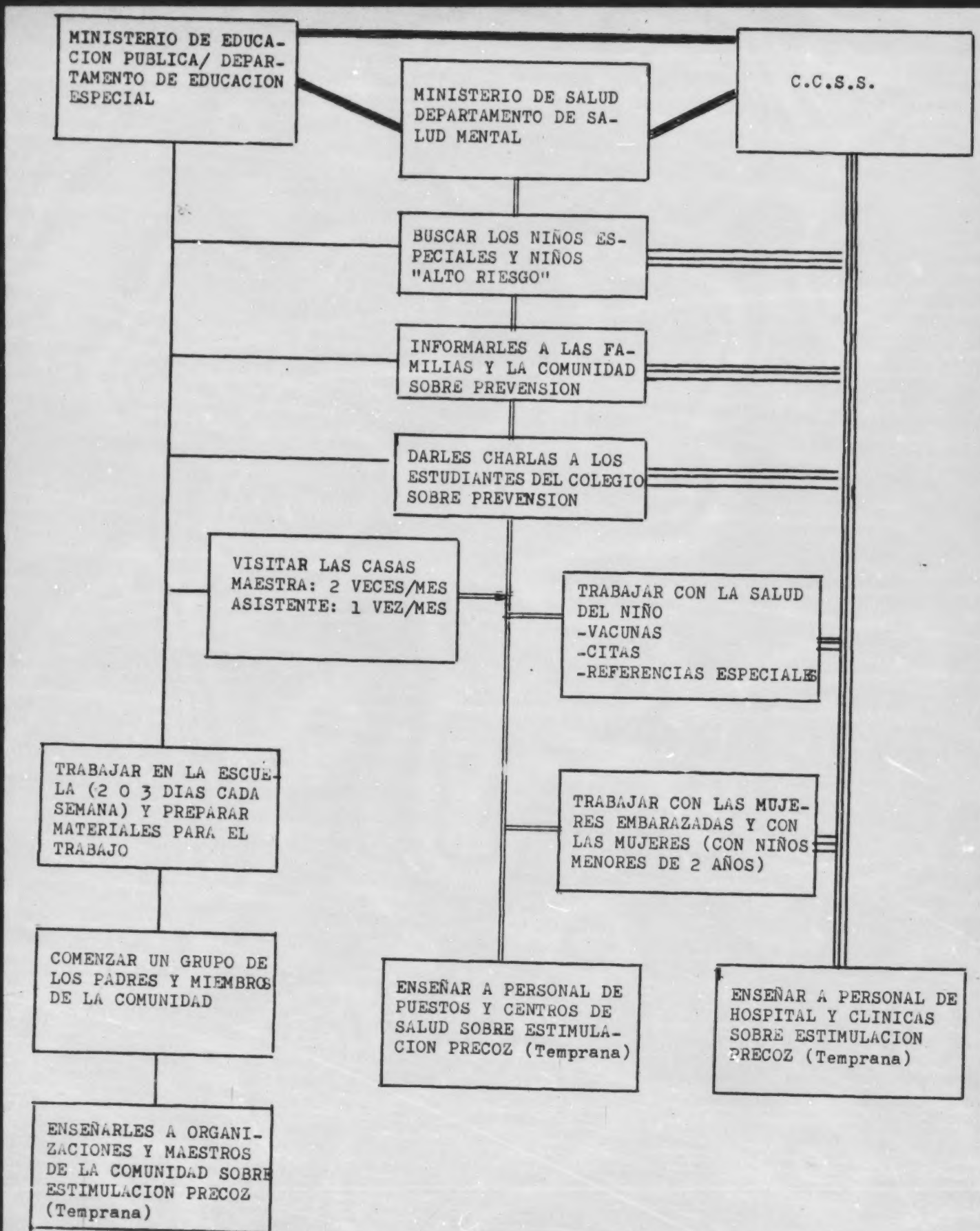
Entonces, en dónde estamos? El enfoque sería encontrar a una persona que tenga experiencias y esté preparada en todas las áreas de las "necesidades especiales" para el niño incapacitado. Pero, no hay muchos individuos en el mundo que estén entrenados en todos estos campos: terapia física, terapia ocupacional, medicina y educación especial. Lo que el programa debe hacer es utilizar las instituciones existentes y a aquellos individuos que trabajan ahora dentro de cada sistema. En vez de invertir grandes sumas de dinero y tiempo, sería ventajoso mejorar los aspectos que ya están funcionando.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, las líneas de comunicación

entre profesionales de las diferentes instituciones no son suficientes. Ya sea que se deba a falta de interés, falta de tiempo, o falta de experiencia, los profesionales en todos los campos que tienen que ver con el niño "especial" no están cooperando suficiente. Cuando una maestra de educación especial tiene un estudiante que necesita cuidado médico, él como profesional, debería estimular a los padres para que busquen ayuda o él mismo debe buscar asistencia. Si un asistente de salud rural encuentra a un niño físicamente incapacitado en un hogar, el necesita localizar asistencia en el campo de educación especial y/o terapia física. Aunque no se espera que un maestro conozca el trabajo de un médico, es importante que esa persona se interese por la salud de su estudiante.

Debido a la falta de tiempo, recursos y personal entrenado, los niños "excepcionales" menores de 6 años que viven en áreas rurales de Costa Rica no reciben suficiente ayuda. Aunque tomará tiempo cambiar la situación actual y aunque no hay sufucientes individuos entrenados ni recursos económicos, es extremadamente peligroso sentarse y esperar un milagro. Se debe hacer más por estos niños de edad preescolar para que reciban alguna forma de estimulación antes de la edad de 6, (preferiblemente antes de la edad de 3), que es el período en que puede disminuirse el grado de incapacidad.

Tampoco es práctico pensar que los servicios existentes que necesita el niño preescolar incapacitado podría mejorar de la noche a la mañana. Quizás este país nunca podrá tener los recursos para implementar servicios integrales en todas las zonas del país. Sin embargo, es posible mejorar lo que existe o podría existir. El diseño que sigue es solo una ilustración de cómo se podrían organizar los programas de estimulación infantil para los retrasados en el desarrollo y/o niños incapacitados a través del trabajo de tres instituciones. Pero el éxito de este plan, sobre todo, depende de la cooperación entre estas instituciones.


MINISTERIO DE EDUCACION PUBLICA/ DEPARTAMENTO DE EDUCACION ESPECIAL
MINISTERIO DE SALUD DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
C.C.S.S.
BUSCAR LOS NIÑOS ESPECIALES Y NIÑOS "ALTO RIESGO"
INFORMARLES A LAS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD SOBRE PREVENSION
DARLES CHARLAS A LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO SOBRE PREVENSION
VISITAR LAS CASAS
MAESTRA: 2 VECES/MES
ASISTENTE: 1 VEZ/MES
TRABAJAR CON LA SALUD DEL NIÑO
-VACUNAS
-CITAS
-REFERENCIAS ESPECIALES
TRABAJAR EN LA ESCUELA (2 O 3 DIAS CADA SEMANA) Y PREPARAR MATERIALES PARA EL TRABAJO
TRABAJAR CON LAS MUJERES EMBARAZADAS Y CON LAS MUJERES (CON NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS)
COMENZAR UN GRUPO DE LOS PADRES Y MIEMBROS DE LA COMUNIDAD
ENSEÑAR A PERSONAL DE PUESTOS Y CENTROS DE SALUD SOBRE ESTIMULACION PRECOZ (Temprana)
ENSEÑAR A PERSONAL DE HOSPITAL Y CLINICAS SOBRE ESTIMULACION PRECOZ (Temprana)
ENSEÑARLES A ORGANIZACIONES Y MAESTROS DE LA COMUNIDAD SOBRE ESTIMULACION PRECOZ (Temprana)

C A P I T U L O IV

LAS INFLUENCIAS Y LA PREVENCION EN EL PERIODO PRENATAL

LAS INFLUENCIAS Y LA PREVENCION EN EL PERIODO PRENATAL

> "Los meses desde la concepción al nacimiento tienen una enorme influencia en el resto de la vida del individuo. Durante las 38 semanas de desarrollo prenatal, se lleva a cabo la mayor parte del crecimiento y desarrollo más que en cualquier otro período de la vida humana." (Linda Ferrill Annis, p.15)

Como en todas las áreas del campo de la salud, se debe incrementar el énfasis en la prevención, en vez de dedicar el 100 % del tiempo y esfuerzo en el tratamiento de los síntomas de las causas originales. Aunque esta meta debería ser adoptada por todas las naciones, esta filosofía es de suma importancia para los países en desarrollo que tienen escasos recursos. Por ser:

1. Naciones que a este nivel económico no tienen, en su mayoría, los recursos financieros o humanos (personal entrenado) que provean de servicios completos o adecuados tanto a las comunidades rurales como a las urbanas. A través de la prevención, el grado de necesidad puede reducirse con el fin de disminuir la demanda de las instituciones existentes. Además, el personal de salud envuelto en la prevención puede ser entrenado en poco tiempo y a un costo bajo en comparación con los profesionales médicos (enfermeras, doctores, terapistas).
2. Naciones que tienden a presentar problemas similares en términos de reubicación de la población. (Por ejemplo, movimientos migratorios de la población de las áreas rurales a las urbanas, dados los limitados servicios en éstas y la concentración de las instituciones especializadas y de salud, así como oportunidades de trabajo en aquellas). Las medidas de prevención en las áreas rurales, pueden ser utilizadas para disminuir la necesidad de reubicación en las áreas urbanas intentando elevar el nivel de vida y aumentar el estado de salud en las comunidades rurales.
3. Naciones que a este nivel tienen que hacer el intento de proveer de servicios y oportunidades adecuadas a todos los miembros de la sociedad, ya sea rural o urbana, rica o pobre. El peligro de inactividad podría dis-

minuir el nivel de la vida entre las clases y a la vez reducir la insatisfacción de ciertos miembros de la sociedad, la cual causa malestar en las demás áreas de la vida.

4. Naciones de todos los niveles deberían tratar de canalizar su tiempo y esfuerzos en una dirección más humana para prevenir nacimientos defectuosos innecesarios, incapacidades y dificultades humanas, en vez de intentar atender las dificultades resultantes.

Con el objeto de instruir a otros en el área de prevención, se requiere un entendimiento del desarrollo prenatal y las posibles causas de los nacimientos defectuosos. Los trabajadores de salud ó maestros deben y pueden ser el eslabón perdido entre la montaña de información que se refiere al desarrollo y prevención siendo la persona más importante en esta cadena....la madre. Debido a que la mayor parte de lo que le sucede a la madre embarazada influye en el niño aún no nacido, los detalles y hechos relacionados con el cuidado prenatal apropiado deben llegar a oídos de los individuos relacionados. La siguiente información debería usarse para:

1. aumentar el entendimiento y conocimiento del trabajador de salud respecto de la importancia del cuidado prenatal (relacionado con nacimientos defectuosos y desarrollo saludable).
2. proveer información que puede ser dada a las madres en perspectiva y adolescentes tanto femeninas (como madres en potencia) y masculinos (como padres en potencia).
3. aumentar la conciencia y entendimiento de la comunidad en términos del desarrollo de sus responsabilidades en el área de prevención.
4. aumentar la conciencia, el aprecio y el entendimiento en términos del desarrollo del niño, tanto prenatal y post-natal.

La prevención adecuada de los defectos de nacimiento se relacionan a muchos factores, siendo uno de ellos el entendimiento del desarrollo prenatal. Para comprender las influencias ambientales y genéticas del desarrollo del niño, el trabajador de cuidado de salud debería estar al tanto de las etapas del desarrollo durante el período prenatal y de cómo las características individuales en cada etapa hacen que el niño no nacido sea más susceptible a los cambios en la condición de la madre.

ETAPAS DEL DESARROLLO PRENATAL

El período prenatal se divide en tres etapas de desarrollo:

1. Etapa Germinal: período desde la fertilización hasta el final de la segunda semana después de la concepción. El período finaliza cuando el óvulo fertilizado se implanta en la pared del útero.
2. Etapa embrional: tiene una duración de 6 semanas, del final de la segunda semana hasta el final del segundo mes después de la concepción.
3. Etapa Fetal: desde el final del segundo mes hasta el último mes.

Etapa Germinal:

Los puntos importantes a considerarse son:

1. Durante este tiempo, los 23 cromosomas de los padres forman 23 pares dentro del niño.
2. Los 23 pares de cromosomas contienen el potencial genético del nuevo individuo y determinan muchas de las características individuales, tales como el color de los ojos, y la forma general del cuerpo.
3. Durante este período, el ambiente comienza a influir en el curso del desarrollo.

Etapa Embrionaria:

Los puntos importantes a considerarse son:

1. El embrión crece rápidamente durante este período y al final de las primeras ocho semanas después de la concepción ha aparecido el 95% de las partes del cuerpo.
2. Al final del primer mes, tres capas celulares especificas se han formado:
   a. ectodermis: de esta capa externa, se desarrollarán la piel, los órganos de los sentidos y el sistema nervioso.
   b. mesodermis: de esta capa intermedia se desarrollarán los sistemas musculares, circulatorios y eliminatorio.
   c. endodermis: de esta capa interna, se desarrollarán los sistemas digestivo, glandular y los pulmones.

3. Al final del segundo mes casi todas las estructuras y sistemas que se encuentran en un bebé recién nacido se han desarrollado y algunos ya están funcionando (aunque en forma primitiva).

4. Ya que el desarrollo es tan rápido durante estos dos meses después de la concepción, el niño no nacido es más vulnerable a varios tipos o clases de problemas ambientales.

5. "Solo existen ciertos períodos de tiempo limitados durante el crecimiento y desarrollo del organismo. Si el desarrollo no ocurre en el período crítico, quizás nunca ocurra, o se presentará con mucho más dificultad que si ocurriera en un período óptimo. Por lo tanto, cualquier perturbación ambiental durante las primeras ocho semanas podrían incapacitar todo el proceso de desarrollo ya que nunca tendrá otra oportunidad para completar el crecimiento o corregir la deformidad." (Linda Ferrill Annis, p.28). Un ejemplo de perturbaciones ambientales es la rubeola. Como promedio, una tercera parte de las madres embarazadas que padecen rubeola durante los primeros tres meses de embarazo dan a luz niños defectuosos. El resultado final de esta perturbación podría ser: sordera, defectos visuales y/o enfermedades del corazón. Es durante el período de tres meses que se lleva a cabo esta etapa crítica del desarrollo de los ojos, oídos y el corazón; por lo demás también es el período cuando estos órganos están más vulnerables a este virus.

Etapa fetal:

Los puntos importantes a considerarse son:

1. Al principio del tercer mes después de la concepción, el feto continúa el proceso del desarrollo del cuerpo. Las primeras células óseas originales comienzan a reemplazar los cartílagos.

2. La tercera etapa (período fetal) dura 7 meses y se caracteriza por el aumento considerable del tamaño del feto, junto con la elaboración y el crecimiento de las estructuras corporales formadas durante la etapa embrional.

3. Durante la etapa fetal, un bebé que nace prematuramente, en o después del sexto mes puede sobrevivir; pero requiere atención especial (el oxígeno administrado debe ser en dosis controlada).

INFLUENCIAS DURANTE EL PERIODO PRENATAL Y SU RELACION CON LOS DEFECTOS DEL NACIMIENTO:

La lista de influencias negativas y positivas durante el período prenatal es bastante larga; sin embargo, es importante tener conocimiento de cada una de ellas, especialmente para aquellos que tienen que ver con el cuidado de la salud y la prevención.

Los resultados posibles de muchas de las influencias negativas podrían ser muy extensos, oscilando de abortos a malformaciones específicas. El individuo envuelto en este tipo de actividad debe estar consciente de los posibles resultados y lo que se puede hacer en términos de prevención. El entrenamiento por parte del personal calificado podría eliminar varios defectos congénitos, ambos causados por herencia o por el ambiente. A través del consejo y estudios familiares, muchos de los problemas potenciales presentes en el "árbol genealógico" pueden ser eliminados o reducidos por medio de la planificación familiar. Y por medio del entrenamiento extenso en el área del cuidado prenatal se puede ayudar a controlar y alterar las causas ambientales que aumentan la probabilidad de los defectos congénitos.

Efectos prenatales de la nutrición:

"Muchas autoridades en el campo del desarrollo prenatal, creen que una nutrición inadecuada constituye todavía el mayor reto potencial para el desarrollo óptimo de un bebé no nacido." (Linda Ferrill Annis, p. 63)

Las complicaciones asociadas con la desnutrición durante el embarazo son:

1. bebés nacidos muertos
2. bebés nacidos con poco peso
3. bebés de edad gestacional incompleta
4. bebés de muerte prematura
5. muchas dificultades que aparecen en los niños después de nacidos:
   - -deficiencias mentales
   - -raquitismo
   - -parálisis cerebral
   - -epilepsia
   - -defectos en el habla
   - -debilidad física general
   - -susceptibilidad a enfermedades

La nutrición adecuada y la utilización óptima de los recursos alimenticios son sumamente importantes para la mujer embarazada y para las mujeres que están pensando en tener un hijo. Es deseable que la mujer empiece su embarazo cuando esté bien alimentada, porque las deficiencias en su dieta son difíciles de corregir bajo el aumento de las necesidades nutricionales del embarazo. La difícil tarea a que se enfrentan varios miembros de los países en vías de desarrollo es la disponibilidad de los alimentos necesarios para una dieta balanceada. Pero, sin los beneficios de una buena alimentación las posibilidades de complicaciones durante y después de la etapa prenatal aumenta considerablemente. La siguiente información especifica las consecuencias de la desnutrición.

"La investigación sobre desnutrición establece que la desnutrición extrema, incapacita el desarrollo y disminuye el desenvolvimiento intelectual del niño afectado." (Linda Ferrill Annis, p. 67). Ya que los períodos más críticos del desarrollo del cerebro del niño ocurren durante la etapa prenatal, la desnutrición temprana podría causar daño irreparable en el niño. El cuerpo entero, el cerebro pasan por períodos críticos de desarrollo, y una nutrición inadecuada en estos períodos del crecimiento podrían incapacitar el desarrollo del cerebro en forma permanente.

Cuatro etapas sucesivas en el desarrollo del cerebro:

1. Crecimiento intrauterino del cerebro: el desarrollo se caracteriza por el aumento en el número de las células cerebrales. El cerebro crece a medida que las células se dividen y se vuelven a dividir.

2. Comienzo en el nacimiento: el cerebro pasa por un período de transición en donde las células se dividen más lentamente y comienza de nuevo el crecimiento de las células existentes.

3. El primer cumpleaños: este período señala un cambio en el desarrollo del cerebro. Las células cesan de dividirse y todo el crecimiento del cerebro se origina del aumento en el tamaño de la célula y no del aumento del número de ellas.

4. La etapa final: esta etapa es la formación de las conexiones entre las células nerviosas. Cada célula normal tiene aproximadamente 10.000 conexiones.

El conocimiento de las cuatro etapas del desarrollo del cerebro es importante porque cada una de estas tiene una relación definitiva con la cantidad y calidad de la nutrición la cual ocurre simultáneamente. Y la idea de que el retraso en el desarrollo prenatal debido a la desnutrición puede recobrarse en los años posteriores es falso e incorrecta. Las madres embarazadas y los padres potenciales deben reconocer que el proveer para el niño no nacido es un proceso continuo; que es necesario practicar buenos hábitos de nutrición durante el embarazo, así como antes de la concepción y después del nacimiento.

Los siguientes puntos relacionados con la nutrición y el desarrollo del cerebro podrían ayudar a ilustrar la gran importancia de la relación entre los dos:

1. "Las investigaciones revelan que con respecto al concepto de los períodos críticos aplicados al desarrollo cerebral, la recuperación se producirá, solo si se lleva a cabo un mejoramiento en la nutrición, en el momento del desarrollo, cuando se está llevando a cabo la división de las células cerebrales, o sea, antes del primer cumpleaños del niño, sea que el niño haya sido bien alimentado o no".
2. "Las investigaciones con animales revelan que la formación de mielina es defectuosa si el animal está mal alimentado durante el período en que la mielina se está formando. Para el feto humano el período crítico de formación de la mielina comienza en el sexto mes de embarazo." (Linda Ferrill Annis, p. 77)

Características y experiencias maternas:

Al igual que la nutrición, otras características y experiencias maternas pueden afectar el desarrollo del niño y forman el futuro del niño no nacido. Algunos de los siguientes tópicos deberían ayudar a ilustrar las relaciones entre la madre, el niño y muchas influencias que afectan a ambos.

1. Tensión y Molestias Emocionales Desagradables:

-Periodos prolongados de tensión y molestias emocionales desagradables pueden afectar la conducta del niño, tanto antes como después del nacimiento.

-En casos extremos que envuelven períodos de tensión para la madre embarazada, el útero puede ser afectado a tal grado que el embarazo termina antes de los 9 meses, creando así una situación peligrosa para el niño.

2. Edad de la madre:

-La proporción más alta de niños normales y sanos son los que nacen entre las edades de 20 a 30, el tiempo recomendable para tener hijos.

-Durante el periodo (20-30) el porcentaje del número de complicaciones del embarazo (abortos, óbitos fetales, bebés con menor peso, y gestación incompleta, anormalidades y muerte de las madres) disminuye en comparación con otras edades durante los años de embarazo.

-No es recomendable que las mujeres tengan hijos a muy temprana edad ni tenerlos a edad avanzada. (Las madres menores de 20 y menores de 35 tienden a presentar una mayor proporción de niños anormales: por ejemplo, una gran cantidad de niños que sufren del Síndrome de Down nacen de madres mayores de 35 años). Refiérase al cuadro en la página siguiente.

3. Factor Rh-Incompatibilidad:

-Un problema potencial se presenta cuando la madre tiene Th- y el niño hereda el factor Rh+ del padre. (Generalmente no hay peligro para el niño del primer embarazo). Los anticuerpos en la sangre de la madre que se desarrollan después del primer embarazo, atacan los glóbulos rojos de la sangre de los fetos Rh+ posteriores.

-Los resultados posibles podrían ser: niños anémicos o con ictericia, óbitos fetales, con daños cerebrales o prematuros.

-La prevención puede ser dada por medio de administrar Inmuno Globulina Rh (dentro de 72 horas) después de su nacimiento, por aborto inducido o por aborto espontáneo en una mujer Rh- que ha estado embarazada cuyo producto era un bebé Rh+.

4. Nivel de Oxígeno Sanguíneo:

-El suministro de oxígeno es indispensable para el desarrollo del niño no nacido. Durante la etapa prenatal, la madre es la proveedora y la influencia principal en el suministro directo que afecta el nivel que le llega al niño. El peligro se presenta cuando el nivel es afectado por causas físicas o ambientales. "El sistema nervioso y cerebral son muy

RELACION DEL SINDROME DE DOWN CON LA EDAD MATERNA

El riesgo de tener un niño que padezca el Síndrome de Down aumenta con la edad materna. Las posibilidades (depende de la edad) son:

MENOR DE 30 AÑOS	30-34 AÑOS
1 de 3.000 *	1 de 600 *
1 de 1.500 **	1 de 750 **
1 de 1.500 ***	1 de 950 ***

35-39 AÑOS	40-44 AÑOS
1 de 280 *	1 de 80 *
1 de 300 **	1 de 100 **
1 de 385 ***	1 de 80 ***

45- AÑOS
1 de 40 *
1 de 40 **
1 de 20 ***

* The Child Before Birth, Linda Ferrill Annis, 1978.

** "Facts about mongolism for women over 35". U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1974.

*** First years of a Down's Syndrome Child, Elizabeth Dunkman Riesz, 1978.

vulnerables al nivel de privación, el cual destruye completamente las células nerviosas y sus funciones. El daño que resulta de la anoxia (ocurre cuando la cantidad de oxígeno disponible no satisface los requisitos del organismo) puede causar la muerte del feto, parálisis cerebral, que es menos mortal no obstante seria, epilepsia, deficiencia mental y bajo nivel de inteligencia, y una variedad de problemas de conducta tales como hiperactividad y dificultad en el aprendizaje de la lectura." El suministro de oxígeno no es solo importante durante el periodo prenatal, sino también durante el proceso del nacimiento. "La dependencia del oxígeno es mayor durante el nacimiento, cuando la presión de la cabeza del feto (al salir de la madre) cause una hemorragia a causa de la ruptura de los vasos capilares del cerebro." (Linda Ferrill Annis, p. 90)

5. Fatiga:

-La fatiga materna puede estar relacionada a la anoxia. Algunos investigadores creen que la fatiga en una madre puede causar una disminución de la eficiencia de la circulación entre el útero y la placenta, resultando en una reducción del suministro del oxígeno.

6. Exposición a la Radiación:

-Durante el embarazo la madre debe ejercer sumo cuidado al exponerse a la radiación. El daño que resulta al feto depende de varios factores, tales como la dosis, la cantidad de tiempo que estuvo expúesta durante el embarazo, y las tendencias genéticas individuales. Pero es claro que la exposición a la radiación resulta en daño durante el período prenatal. Particularmente durante los primeros meses de embarazo, la exposición excesiva a la radiación podría causar:

-muerte del niño en el utero
-esterilidad permanente del feto
-malformaciones
-enfermedades y leucemia en su vida futura

7. Fumando:

-Los óbitos fetales, la mortalidad infantil, niños de bajo peso son a menudo el resultado de mujeres que fuman durante el embarazo. Las posibles razones de estos resultados son:

-el apetito de la madre podría disminuir cuando la madre fuma.
-el fumar podría contraer los vasos capilares de la placenta y reducir así el suministro del Oxígeno.
-es posible que una mujer que fuma en exceso durante el embarazo ya sea por su estado o (por tensión o ansiedad) podría ser causa de niños de bajo peso.
-los efectos de la marihuana en el desarrollo prenatal no ha sido determinado aún, sin embargo, es evidente que existe un riesgo potencial al usarla durante el embarazo.

8. Bebidas alcohólicas:

-Las madres deben estar conscientes de los graves peligros que envuelve el consumo del alcohol, durante el período del embarazo. Este no es solo un problema de los países subdesarrollados, sino que es una parte vital de la vida de muchas personas de las naciones progresistas tales como Europa y los Estados Unidos. Debido a que el beber alcohol en grupos sociales juega un papel muy importante en la rutina diaria de muchos, las mujeres embarazadas necesitan tomar en cuenta los efectos dañinos que sus acciones pueden causar.

-Los científicos han encontrado que muchos niños nacidos de mujeres que toman en exceso durante el embarazo causan defectos físicos y mentales a los niños. Los problemas más severos que causan se clasifican como "síndrome fetal del alcohol". Algunas de las características de este síndrome son:

-deficiencia en el crecimiento. Los bebés afectados nacen pequeños o sea son anormales en su tamaño. Estos bebés nunca alcanzan el crecimiento normal.
-deficiencia mental. La mayoría de los niños afectados tienen cerebros pequeños y presentan varios grados de deficiencia mental.
-se refleja en problemas relacionados. Muchos demuestran una coordinación pobre, hiperactividad y problemas de conducta.

No todos los bebés que padecen el síndrome fetal de alcohol tienen todos estos defectos o características físicas, pero existe una relación estrecha entre la severidad de estos rasgos físicos y el grado de incapacidad mental.

-Los bebés de madres adolescentes que toman en exceso corren mayor peligro debido al consumo del alcohol y la edad de la madre. Los niños quizás nacen muy pequeños o antes de la fecha indicada porque los cuerpos de las madres no son lo suficientemente maduros para satisfacer las demandas del embarazo y por lo tanto, son afectadas por los síntomas del síndrome fetal de alcohol.

Drogas y enfermedades:

1. Drogas: Generalmente cualquier droga puede afectar el desarrollo del feto. Los daños posibles que resultan de las drogas (o una enfermedad) se relacionan a dos factores principales: cuando fue administrada la droga o cuando se presenta la enfermedad, y a que grado o cantidad. Pero las investigaciones demuestran que el período de tiempo juega un papel muy importante en determinar el alcance del daño. "El efecto actual de un teratógeno específico (un agente que produce o eleva la incidencia de malformación en una población) depende en gran medida de la efectividad del desarrollo principal en los períodos críticos, cual sostiene además que hay ciertos períodos definidos en el crecimiento y desarrollo en una forma particular, que pueden ser beneficiosos o causar grave daño". (Linda Ferrill Annis, p. 103). Por ejemplo, en Europa la talidomina causó un gran número de malformaciones en las extremidades de los recién nacidos durante los años 60. Cuando la droga fue tomada durante el período crítico, o sea durante los 27 o 40 días después de la concepción, afectó el crecimiento de los huesos largos de los brazos y piernas. Si la droga fue tomada por la madre después del período crítico, cuando los brazos y piernas ya habían sido formados, no resultó en daño.

   En términos de prevención los daños posibles que resultan del uso de drogas, la divulgación de la información debería llegar tanto a las madres en potencia como a los padres. Actualmente, el esperar hasta que la mujer esté embarazada es muy tarde para preparar a la persona, porque la mayor parte del daño que causan las drógas y enfermedades ocurren en los primeros dos o tres meses de embarazo, muy a menudo antes de que la mujer y su médico estén seguros de que está embarazada. Las madres potenciales deben estar alerta a los peligros de los agentes negativos como las drogas y las enfermedades, con el fin de prepararse para el período prenatal.

El daño potencial de las drogas se presenta por razones diferentes, dos de las cuales son:

1. El nivel o dosis que se le da a las madres no es igual a la del niño. La dosis apropiada para una madre de 125 libras sería una sobredosis para un feto de una o dos libras.

2. El hígado del feto es incapaz de metabolizar las drogas de la misma forma en que lo hacen las enzimas del hígado de la madre, por lo tanto la droga tiene la misma fuerza y actúa en el feto de una manera diferente a como lo haría en la madre.

En relación a la adicción a las drogas (por ejemplo, la adicción a la heroína) varios estudios han demostrado que los bebés que nacen de madres adictas a la heroína, nacen adictos a la droga y tiene que someterse a una extracción de la droga después del nacimiento.

El mejor consejo para las madres embarazadas es que eviten cualquier droga innecesaria (incluyendo las aspirinas, tranquilizantes, pastillas anticonceptivas, hormonas, narcóticos). Si tienen dudas, el médico es la autoridad que debe decidir qué drogas o medicinas pueden tomarse. "Ningún producto químico hecho por la ciencia, ha sido probado completamente inofensivo para las madres embarazadas y sus bebés durante las etapas del embarazo." (Consumer Reports-"Drugs In Pregnancy: Are They Safe?") Consejos a seguir:

1. No tome ninguna droga durante el embarazo a no ser que haya sido recetada por un médico.

2. Sin embargo, si hay necesidad de tomar drogas, y si su médico receta una droga para satisfacer esa necesidad, tome la cantidad y a la hora indicada. No aumente ni disminuya la dosis; no interrumpa antes o continúe más del tiempo indicado.

3. Si está embarazada o en vías de serlo, asegúrese de decirle a su médico para que lo tome en cuenta cuando recete sus medicamentos.

4. Durante el embarazo, evite el uso de remedios caseros, así como drogas sin prescripción médica.

2. Enfermedades: Los resultados de las enfermedades durante el embarazo se relacionan a los mismos factores que las del uso de las drogas durante las etapas prenatales. "El tiempo de la enfermedad parece ser más crítica que el grado al cual la madre padece la enfermedad." (Linda Ferrill Annis, p. 123). Seguidamente se alistan algunas enfermedades comunes y sus peligros potenciales:

-Rubeola:

-probablemente el ejemplo más conocido de enfermedades maternas que afectan al feto.
-la amenaza de la rubeola para el niño en desarrollo es mayor en los primeros tres meses del embarazo. Durante las primeras cuatro semanas después de la concepción el riesgo de malformaciones es de 50%; en el tercer mes 17% y casi cero después del tercer y cuarto mes.
-las características posibles del síndrome de la rubeola son: cataratas, sordera, enfermedades del corazón, microcefalia y crecimiento anormal. (Si se contrae rubeola antes de los tres meses de embarazo podría ocurrir un aborto).
-la vacuna usada en la prevención no puede ser dada a una mujer embarazada ni a una mujer antes de 60 días de haber concebido; de otro modo, el efecto podría ser similar al que tendría si tuviera rubeola.

-Sarampión, Paperas, Viruela y Hepatitis Infecciosa:

-la evidencia respecto a estas enfermedades no indican que causen niños defectuosos.

-Influenza:

-como con otras enfermedades, el período de tiempo es el factor importante en el nivel de riesgo de las malformaciones causadas por la influenza.
-si la madre ha contraído influenza durante el último trimestre (7, 8, ó 9 meses) el riesgo de malformaciones es del 2%; pero si la ha contraído durante los primeros tres meses de embarazo, el riesgo es mayor del 7%.

-Sífilis y Gonorrea:

-tanto la sífilis como la gonorrea pueden ser prevenidos, disminuyendo así la posibilidad de defectos congénitos para el niño en desarrollo.

-si la madre sifilítica recibe tratamiento con penicilina, antes de las 18 semanas de su embarazo, el bebé no está en peligro de ser afectado.

-los efectos posibles de la sífilis son: aborto espontáneo, óbitos fetales, o el feto nace sordo, ciego, deforme o retardado mental.

-alrededor del 50% de los niños infectados y no atendidos que sobreviven la infancia desarrollarán síntomas sifilíticos durante el resto de su vida.

-los efectos posibles de la gonorrea son: si la infección llega a los ojos del feto mientras pasa por el canal de la madre, puede producirle céguera (esta condición se puede prevenir por medio del uso de gotas de nitrato de plata colocados en ojos de neonito) y la evidencia demuestra que la gonorrea podría causar artritis gonococal.

Desórdenes Críticos:

1. Diabetes: La diabetes coloca a la madre en mayor peligro debido a que las mujeres embarazadas con diabetes tienen aproximadamente 25% de riesgo de toxemia. Las madres diabéticas están expuestas a tener niños que nacen muertos, abortos espontáneos y bebés malformados. La prevención puede disminuir peligros prenatales, por medio del cuidado médico, ejercicio y una dieta balanceada.

2. Anemia: La anemia es una reducción del número de glóbulos rojos y la cantidad de hemoglobina, lo cual es sumamente peligroso para el feto ya que depende completamente de la madre. La anemia materna podría resultar en una desnutrición intrauterina de su niño.

Inmadurez:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha intentado definir inmadurez por medio de dos calsificaciones:

1. Un bebé de poco peso: un bebé que pese menos de 5½ libras o 2.500 gramos sin tomar en cuenta el período de su desarrollo prenatal. Las características son:

   -muy susceptible a padecer algún tipo de dificultad en el desarrollo mental.

   -tienen una tasa de mortalidad neonatal más de 20 veces que los infantes de un peso mayor.

   -si es causado por desnutrición prenatal, puede resultar en daño permanente del desarrollo intelectual y del desarrollo de comportamiento.

2. Un bebé de edad gestacional incompleta: ha sido definido como un infante nacido después de un período de desarrollo más corto que lo normal, en el útero (nacido menos de 34 semanas después de concepción).
   -a veces, es demasiado débil para mamar y tragar bien (y hay que alimentar en otra manera).
   -respira de manera irregular y es incapaz de controlar la temperatura de su cuerpo (posiblemente necesita incubadora).
   -muy a menudo es susceptible a infecciones debido a su incapacidad para aumentar los glóbulos blancos.

   En general, ambas situaciones podrían resultar en dificultades para el bebé, tanto en el presente como a largo plazo:

   -deficiencia intelectual
   -incapacidad perceptiva motora
   -lesión cerebral
   -lenguaje inmadurez
   -parálisis cerebral
   -defectos visuales
   -dificultad en el razonamiento abstracto

   Los niños de estas dos clasificaciones vienen al mundo con muchos problemas que atrasan su desarrollo normal, requieren en muchos casos pasar sus primeras semanas en un ambiente estéril, tal como una incubadora, separados de sus padres.

Prevención:

"Es obvio que la mejor manera de aumentar las oportunidades para que el niño sea normal es por medio de disminuir la incidencia de bebés de edad gestacional incompleta y de bajo peso, esto se puede lograr por medio de eliminar todas las causas posibles como el fumar en exceso, desnutrición y cuidado médico prenatal inadecuado". (Linda Ferrill Annis, p. 140).

Para la persona que está relacionada con la estimulación precoz, el trabajo es grande y requiere una gran cantidad de tiempo para satisfacer esa necesidad. Pero la educación preventiva debería ser una parte esencial del programa, con la esperanza de eliminar o disminuir defectos congénitos futuros.

La pregunta es, cómo se organiza un programa de este tipo?. Ya que el tiempo es limitado, el maestro o el trabajador de salud que está familiarizado con estos programas de estimulación del niño debe entrenar a otros a fin de circular este "rico conocimiento" al receptor final. No hay tiempo suficiente para visitar a todos los padres potenciales y mujeres embarazadas ni tampoco visitar cada comunidad.

La siguiente información debería servir de ayuda en la organización de un "plan de ataque":

1. Quién debería recibir la información

   a. Padres futuros (tanto hombres como mujeres)
      -conferencias dadas en los colegios
      -conferencias dadas en la universidad
      -conferencias dadas en los Centros de Salud; Puestos de Salud, Hospitales.

   b. Madres embarazadas
      -conferencias dadas en los colegios
      -conferencias dadas en la universidad
      -conferencias dadas en los Centros de Salud, Puestos de Salud, Hospitales, Centros de Educación y Nutrición

   c. Trabajadores de salud y nutricionistas
      -conferencias dadas en los Centros de Salud, Puestos de Salud, Hospitales, Centros de Educación y Nutrición.

d. Maestros y asistentes de maestros (y trabajadores voluntarios)
   -conferencias dadas en la escuela
   -conferencias dadas en la universidad

e. Miembros de la comunidad (clubes, locales, organizaciones)

2. Temas a tratar:

a. Desarrollo Normal del Niño
   1. Tres etapas
      a. Etapa Germinal
      b. Etapa Embrionaria
      c. Etapa Final

b. Influencias durante el período prenatal en relación al desarrollo normal y defectos del nacimiento.
   1. Efectos prenatales de la nutrición
   2. Características Maternas y Experiencias
      a. Tensión y molestias emocionales desagradables
      b. Edad de la madre
      c. Factor Rh-Incompatibilidad
      d. Nivel del Oxígeno Sanguíneo
      e. Fatiga
      f. Exposición a la Radiación
      g. Fumado
      h. Bebidas alcohólicas
      i. Drogas
      j. Enfermedades
      k. Desórdenes crónicos
      l. Inmadurez (bebés de poco peso)
         (bebés de período gestacional incompleto)

c. Influencias durante el período postnatal en relación con el desarrollo normal e incapacidades
   1. Efectos post-natales de la nutrición
   2. Causas post-natales de las incapacidades

d. Influencias de la estimulación infantil
   1. Niños "normales"
   2. Niños de alto riesgo
   3. Niños con retraso en el desarrollo

e. Prevención

C A P I T U L O V

DESARROLLO DEL NIÑO

DESARROLLO DEL NIÑO

Sin importar la nacionalidad, condición económica, localización geográfica status social o características físicas, los primeros años de vida son extremadamente importantes en el fundamento del futuro del individuo. Ya que este lapso de tiempo específico contiene ciertos períodos críticos del desarrollo (por ejemplo, en el área de adquisición del lenguaje), es importante proveerle a los infantes la oportunidad de practicar estas destrezas. "La adquisición de varias destrezas depende de la maduración del sistema nervioso. Ninguna cantidad de práctica puede hacer que un niño aprenda ciertas destrezas hasta que su sistema nervioso esté listo. Por otro lado, el retraso puede ser causado por medio de privarle al niño suficientes oportunidades de practicar estas destrezas cuando haya ocurrido la maduración suficiente".

Si por alguna razón, el niño no puede pasar por las etapas normales del crecimiento y desarrollo, ese individuo necesitará alguna forma de ayuda extra para remediar el retraso o la dificultad. Para esos profesionales que trabajan en programas de estimulación precoz (ya sea con niños "normales", "de alto riesgo", o retrasados o incapacitados), el conocimiento del desarrollo normal y los patrones de desarrollo, y los efectos de las incapacidades sobre el desarrollo es de principal importancia. Todas las áreas de los programas de estimulación precoz (pruebas, procedimientos remediales, desarrollo curricular) se basan en etapas normales del desarrollo y sus pasos secuenciales. (Hay algunas diferencias con el tratamiento con niños con parálisis cerebral). Sin este entendimiento, no se podría evaluar al niño a fin de encontrar la posición exacta del niño en el proceso del desarrollo. Además, sería bastante difícil desarrollar un enfoque adecuado y sistemático para remediar esos retrasos en el desarrollo. Para aquellos que trabajan con niños incapacitados, es importante saber que el progreso del desarrollo es mucho más importante que el horario del desarrollo.

Dentro de este sección, se discutirán seis áreas básicas del desarrollo. Todas son importantes debido a que los retrasos en el desarrollo pueden afectar el proceso en otras áreas, ya sea motora gruesa, motora fina, lenguaje, social, auto-ayuda, cognocitiva.

Desarrollo Motor:

El paso acelerado del desarrollo motor durante los primeros tres años de vida es solo una indicación de la importancia del período de la edad infante-preescolar. En el término de un año, el infante avanza de ser un recién nacido bastante inactivo a ser un bebé de un año de edad, móvil, que explora su ambiente por medio de sus nuevas destrezas que ha adquirido. "El desarrollo motor normal es especialmente rápido en el primer año de vida y casi está completo a la edad de seis años, cuando la conducta motora del niño es tan sofisticada como la de un adulto." (White)

Aunque cada niño es bastante diferente en cuanto a características físicas y emocionales: tamaño del cuerpo, facciones, y temperamento, y aunque hay un margen de tiempo bastante amplio para el desarrollo motor normal (puede ser un espacio de 2 a 3 meses en algunas áreas), hay características del desarrollo motor que son similares a todos los niños, con alguna desviación para aquellos niños con parálisis cerebral.

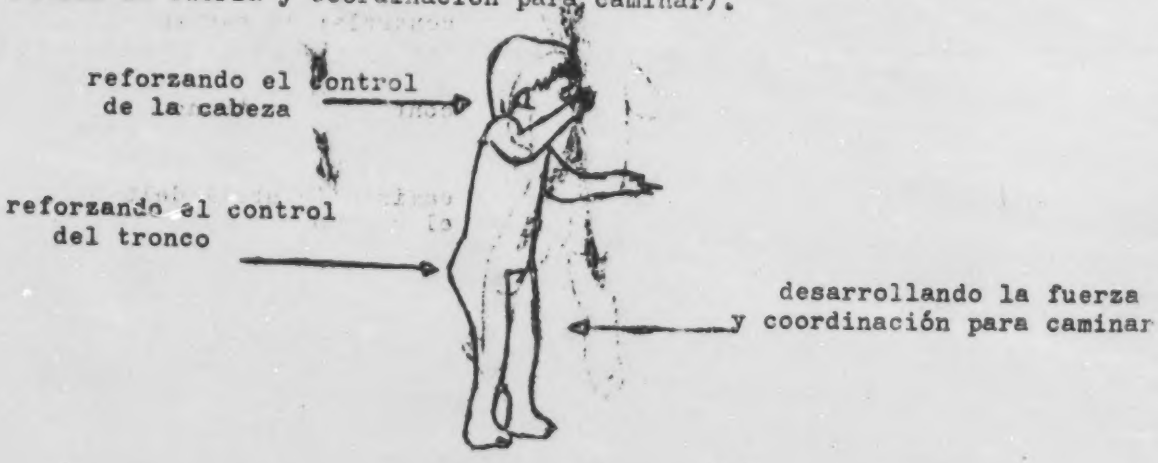
Durante los primeros meses de vida, una de las primeras indicaciones que se pueden usar para detectar retraso o incapacidad es la evaluación del niño en términos de su desarrollo motor (en comparación a los períodos de tiempo normales). Como otras áreas de desarrollo (motora fina, lenguaje, etc.) tienden a aparecer más tarde en el primer año, el uso de la escala motora gruesa (incluyendo los reflejos primitivos y las reacciones de enderezamiento) va a ser la primera herramienta necesaria.

Para poder entender y utilizar el área de desarrollo motor como una evaluación, es importante estar enterado de algunos de los principios básicos del desarrollo motor normal.

PRINCIPIOS BASICOS DEL DESARROLLO NORMAL SENSORIO-MOTOR

1. **El desarrollo es secuencial:** Con el tiempo, hay una secuencia normal y definitiva del logro motor. Al adquirir nuevas destrezas motoras, el bebé utiliza las combinaciones de movimientos que ya ha aprendido, (Por ejemplo, un niño debe desarrollar el control de cabeza antes de ser capaz de sentarse independientemente).

2. **Las secuencias son traslapos:** El niño en desarrollo nunca está dominando solo una acción motora a la vez. Mientras practica y mejora sus destrezas pasadas, el niño comienza a experimentar nuevas áreas de movimiento. (Por ejemplo, mientras un niño practica mantenerse de pie, está reforzando el control del tronco, lo cual aprendió antes y está desarrollando la fuerza y coordinación para caminar).



3. Disociación: (más participación del cuerpo a menos participación del cuerpo). Con una madurez sensoria-motora creciente, el niño comienza a controlar segmentos aislados del cuerpo en vez de utilizar patrones de movimientos en masa. (Por ejemplo, el niño aprende a virar su cabeza en todas las direcciones sin afectar el cuerpo como un todo).

4. El desarrollo procede cefalocaudalmente: (de la cabeza hacia abajo)- El control motor comienza en las regiones superiores del cuerpo y continua por las regiones inferiores. (Por ejemplo, el niño aprende a controlar su cabeza antes de caminar).

controlar la cabeza

↓

controlar el tronco

↓

caminar (control deltodo el cuerpo)

5. El desarrollo continua de una dirección proximal a una distal. El bebé aprende a controlar las articulaciones que están mas cercanas a su cuerpo, las articulaciones proximales antes de las distales. (Por ejemplo, el niño aprende a controlar sus hombros antes de dominar los movimientos de los dedos).

6. El desarrollo procede de flexión a extensión. Un recién nacido inicia su vida bastante flexible, las extremidades están encogidas hacia su cuerpo. A medida que el niño crece, los brazos y piernas se enderezan y el niño asume posiciones con más extensión.

flexión

extensión

7. El desarrollo progresa de movimientos reflejos a reacciones automáticas a control voluntario de movimientos.

reflejos

reacciones automáticas

control voluntario de movimientos

Durante las etapas tempranas de la vida (los primeros meses) el desarrollo motor normal es influenciado grandemente por la acción refleja primitiva. ("Un reflejo es un movimiento automático involuntario como respuesta a un estímulo particular tal como tacto, sonido, estiramiento del músculo, etc."). Por medio del uso de estos reflejos primitivos, los bebés aprenden como moverse contra la fuerza de la gravedad. Luego, modifica las respuestas reflejas por la experiencia en el movimiento.

1. REFLEJO DE BUSQUEDA (mejor visto cuando el bebé tiene hambre y no está llorando. Si se tocan los extremos, la parte superior central, o la parte inferior central de los labios, la cabeza del recién nacido se virará en la dirección del estímulo.

reflejo de búsqueda

2. REFLEJO MORO (es una reacción del bebé hacia un cambio brusco de la posición). Si hay una caída rápida de la posición de la cabeza, el infante: tira sus brazos abriéndolos bastante, con extensión de los codos, muñecas y dedos. Este movimiento es seguido inmediatamente por el movimiento de traer los brazos lentamente a una posición flexionada, hacia el centro (línea media) del cuerpo.

reflejo moro

3. REACCION DE SUSTO (es bastante similar al reflejo moro pero no debe confundirse como siendo el mismo. Esta reacción es generada por un sonido duro o una luz brillante repentina. Tal como con el reflejo moro, el cuerpo realiza extensión pero afecta las extremidades no van seguidas por flexión hacia la línea media, tal como ocurre en el moro.

4. REFLEJO DE MORDER: Este reflejo oral está presente desde el nacimiento, teniendo la característica de abrir y cerrar la boca de manera rítmica como respuesta al tocarle la encía.

5. REFLEJO NAUSEOSO: Es generado por la estimulación de la parte medial de la lengua y el velo del paladar suave.

6. REFLEJO TONICO LABERINTICO: Afecta el tono muscular en todo el cuerpo durante el descanso, dependiendo de la posición del cuerpo. El tono muscular tiende a trabajar con la gravedad; esto es, la superficie del cuerpo que está tocando el suelo tiene más tono. En la posición prono, el infante es predominantemente influenciado por la flexión, con todos los miembros prensados bajo el tronco. En la posición supina el infante presenta mucho más tono extensor.

reflejo tónico laberíntico

reflejo tónico asimétrico cervical

7. REFLEJO TONICO ASIMETRICO CERVICAL: (es más obvio cuando el infante está acostado en posición supina). El infante no puede mantener su cabeza en la línea media, y por esto la mantiene viendo un lado o el otro. El Reflejo Tónico Asimétrico Cervical está controlado por la posición de la cabeza; la vuelta hacia un lado va a ir seguido por la extensión de un brazo en el lado de la cara con flexión en el lado opuesto. Los miembros inferiores responden de la misma manera: extensión en el lado de la cara, y flexión en el lado opuesto. "El significado funcional de este reflejo puede ser que, junto con la colocación de la mano del bebé en su campo visual, sea el precursor de transferencia de peso, que al mismo tiempo, es el primer elemento de la rotación del tronco".

8. REFLEJO PLANTAR: Los dedos del pie se cierran como cogiendo en respuesta a la estimulación en el pie. Antes de caminar independientemente, esto se debe inhibir.

reflejo plantar

reflejo de prensión primitiva

9. REFLEJO DE PRENSION PRIMITIVA: Es un apretón o prensión de flexión de los dedos (juntos) de la mano en respuesta a la estimulación del lado cubital de la palma.

REACCIONES AUTOMATICAS: En la cadena del desarrollo, las reacciones automáticas se colocan entre los reflejos y el movimiento volicional. Diferente de los reflejos primitivos que si persisten pueden interferir en el proceso del desarrollo, las reacciones automáticas forman un sistema de soporte para el movimiento volicional, el cual es la meta final. "El nombre es apropiado ya que responden automáticamente a las necesidades de movimiento del niño (y adulto)". Son una respuesta inconsciente de un movimiento que puede, sin embargo, ser controlado conscientemente. Existen tres tipos de reacciones automáticas:

1. reacciones de enderezamiento
2. respuestas de equilibrio
3. extensión protectora

Reacciones de enderezamiento: Refleja la posición normal de la cabeza en el espacio, el alineamiento de la cabeza y el cuello con el tronco y el alineamiento del tronco y las extremidades. Es la respuesta inconsciente del niño que es afectada por su alineamiento en relación con la gravedad y alineamiento con su propio cuerpo.

ausencia de enderezamiento de la cabeza (1 mes)

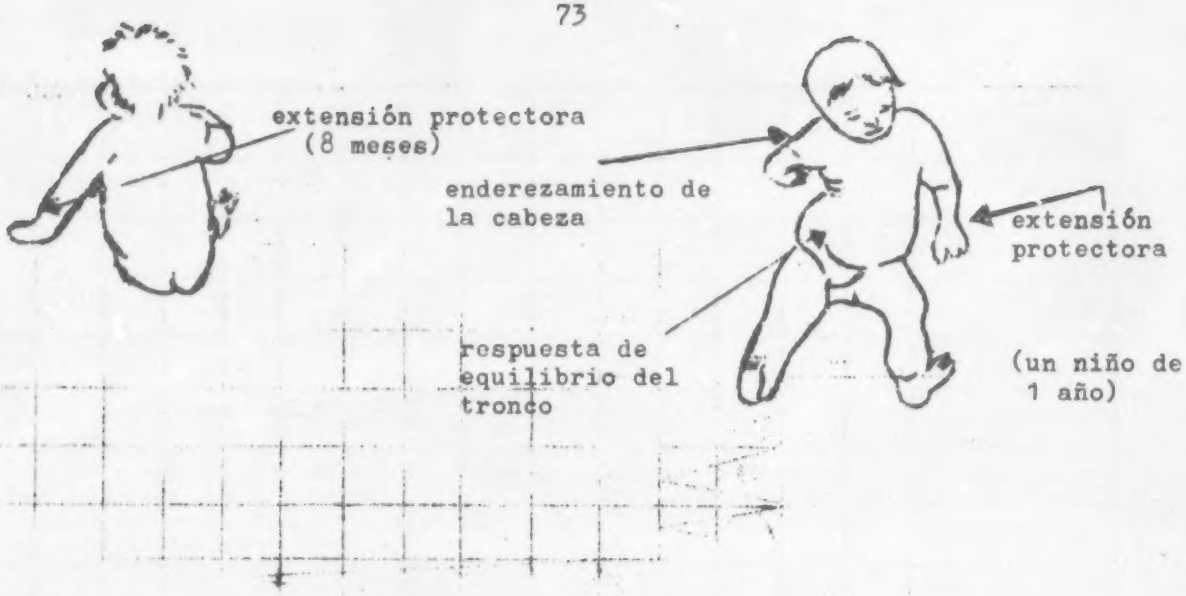
enderezamiento de la cabeza (8 meses)

Respuestas de equilibrio: son las respuestas automáticas del cuerpo al perder el balance, (primeramente visto en un infante de 5 a 6 meses de edad). Estas respuestas incluyen el cuerpo entero y deberían ser observadas en el tronco y las extremidades.

ausencia de equilibrio del tronco (4 meses)

respuesta de equilibrio del tronco (de meses)

Extensión protectora: es la respuesta de un niño a una caída, cuando las reacciones de enderezamiento y respuestas de equilibrio no han sido suficientes para prevenir la caída. El niño extiende sus brazos para interrumpir la caída. Estas respuestas al igual que con todas las áreas del desarrollo, siguen un patrón secuencial de extensión protectora: primero hacia adelante (iniciado de 3-5 meses), a los lados (iniciado de 4-6 meses), y hacia atrás (iniciado de 9-12 meses).

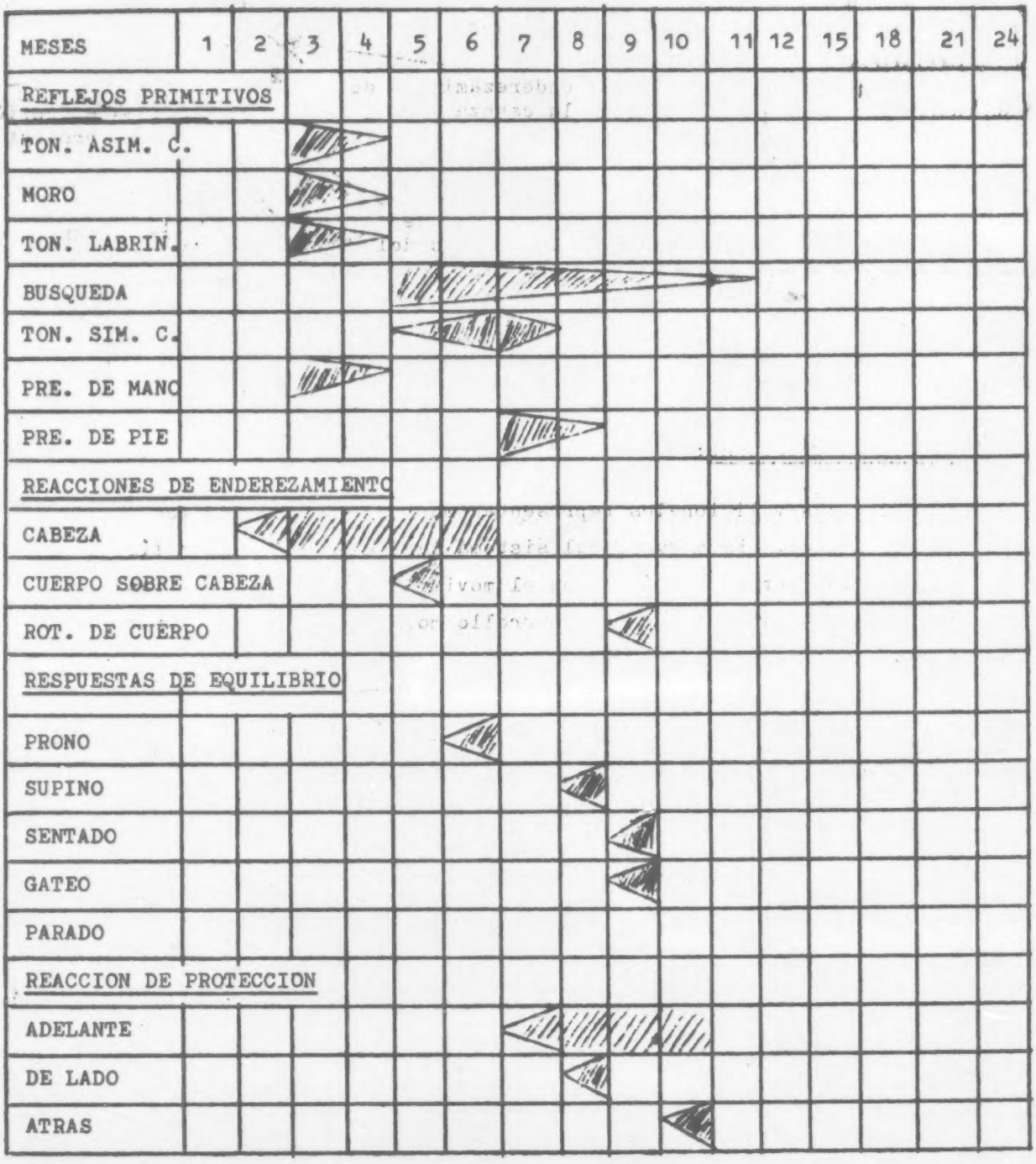


MOVIMIENTO VOLICIONAL:

"Las destrezas volicionales representan movimientos voluntarios y dirigidos por un niño. La madurez del sistema nervioso, la madurez física y la motivación entran con éxito en el movimiento volicional". Las páginas siguientes son secuencias del desarrollo motor en las áreas motora gruesa y fina.

REFLEJOS PRIMITIVOS* REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO* REACCIONES DE EQUILIBRIO

REACCION DE PROTECCION



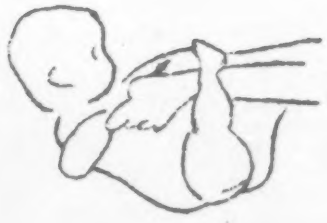
DESARROLLO MOTOR GRUESO

(0-15 MESES)

CONTROL DE LA CABEZA (Posición Prona)	EDAD
-se mueve de un lado a otro	0.1 a 1 m.
-se levanta momentáneamente	1 m.
-se levanta por segundos	2 m.
-se levanta a los 45º	0-2.8 m.
-se levanta a los 90º	2.2 m.
-se sostiene a los 90º	4 m.

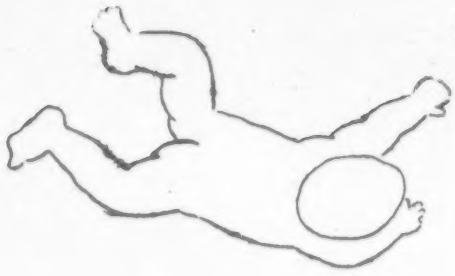
DESARROLLO DE LA CABEZA Y HOMBROS	
-brazos y piernas flexionadas debajo del cuerpo	1 m.
-se apoya en los codos	1-7.5 m.
-se eleva en los brazos, manos o codos	3 m.
-un brazo flexionado y otros extendido; se balancea de atrás para adelante	4 m.
-pone el peso en los brazos extendidos	5 m.

ENDEREZAMIENTO DE LA CABEZA AL SENTARSE	
-cabeza cae atrás marcadamente (nacimiento	1 m.
-enderezamiento de la cabeza cuando el cuerpo está inclinado 45º	4.2 m.
-cabeza alineada con el cuerpo	4.6 m.
-levanta la cabeza (anticipa inicia)	5.6 m.



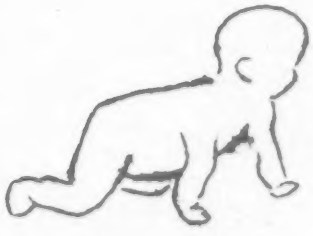
ROTACION: DA VUELTAS DEL SUPINO A PRONO

-da vueltas de un lado hacia atrás 1.8 m.
-a punto de dar vuelta a un brazo extendido, la cabeza a los 90º 4 m.
-da vueltas de la espalda al estómago 5-6 m.
-da vueltas como un tronco (en "block") 3-13 m.



ROTACION: DA VUELTAS DEL PRONO AL SUPINO

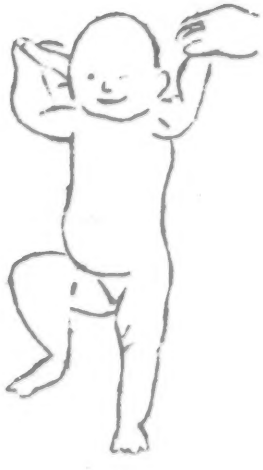
-gira de un lado a la espalda 1.8 m.
-gira del estómago a la espalda 5-6 m.
-da vueltas como un tronco 3-13 m.



PROGRESO DE LAS MANOS Y RODILLAS

-levanta la cabeza y parte superior del pecho sin apoyarse en los codos o manos 3-10 m.
-gira
-locomoción antes de caminar-gateo o arrastre 7.1 m.
-respuesta de equilibrio en todas las cuatro extremidades 9 m.

EQUILIBRIO AL SENTARSE	EDAD
-se sienta con poco apoyo	3.8 m.
-cabeza erguida y estable	4.6 m.
-se sienta solo momentáneamente	5.3 m.
-se sienta brevemente, apoyándose hacia adelante sobre las manos	6.5 m.
-extensión protectora hacia adelante	6.0 m.
-se sienta sin apoyo 1 min.	7.4 m.
-se sienta derecho	5-9 m.
-extensión protectora a los lados	7.0 m.
-se sienta y juega con los juguetes	5-10 m.
-logra levantarse de prono	7.5 m.
-respuesta de equilibrio sentado	7-8 m.
-se sienta por 10 min.	9.0 m.
-extensión protectora hacia atrás	9.0 m.



EQUILIBRIO AL PARARSE Y CAMINAR	
-extiende las piernas brevemente	1.0 m.
-apoya algo de peso	2.8 m.
-apoya gran porción del peso del cuerpo	5.5 m.
-rebota	5.5 m.
-apoya peso total, brevemente	7.4 m.
-apoya peso total, sostenido	8.3 m.
-se para sosteniéndose o cuando se le coloca parado	8.3 m.
-se arrastra para pararse cogido de un mueble	8.6 m.
-levanta el pie, llevando todo el peso en el otro pie	10.2 m.
-se mueve en las dos direcciones, sin titubear	11.3 m.
-se para momentáneamente	9-13 m.

CAMINAR

-da pasos, pero necesita que se le sostengan las dos manos	11 m.
-da pasos con ayuda	11 m.
-da pasos con una o dos manos	12 m.
-da pasos solo	12-15 m.
-da pasos de medio lado	14.1 m.
-da pasos hacia atrás	14.3 m.
-empieza y deja de caminar sin caerse	18-23 m.

DESARROLLO DE MOTORA FINA

El desarrollo de motora fina es más específico que de motora gruesa debido a que solo concierne con la coordinación muscular de las manos y dedos; aunque la habilidad puede ser afectada por otros factores tales como visión y desarrollo de motora gruesa. Así como con todas las áreas de desarrollo del niño, los pasos para la adquisición de destrezas sigue un patrón secuencial. El principio básico de desarrollo proximal-distal se aplica. En el desarrollo de motora fina involucrada en actos de alcanzar y agarrar proceden en dirección proximal a distal. Las destrezas provienen del hombre (proximal-más cerca del tronco) a los dedos (distal-más lejos del tronco).

La siguiente información puede servir como una guía general a los pasos secuenciales del desarrollo motor.

1-2 meses:
- agarrar sin propósito
- se lleva las manos a la boca (en forma de puño).
- la mano trata de agarrar cuando se pone en contacto con objetos reflejos).

3 meses:
- espontáneo con relación a sus manos y exploración de sí mismo con las manos y la boca.
- manos abiertas o levemente cerradas.
- sostiene juguetes activamente y los mira.
- alcanza objetos y los toca.
- intenta agarrar una prenda.
-

4 meses:
- movimientos a propósito.
- junta las manos y juega con sus dedos.
- sujeta con toda la mano.
- pasa el vestido sobre la cara.

5-6 meses:
- prensión cubital (usando el dedo meñique, anular, y medio).
- juega con las manos y pies de cúbito dorsal

- controla la extensión del codo.
- prensión voluntaria.
- aproximación bimanual a los objetos.
- transferencia de objetos de una mano a otra.

7-8 meses:
- prensión de llevar objeto colgando y comienzo della oposición (dedos índice, pulgar y medio).
- alcanza y recoge juguetes.
- recoge la taza por la agarradera.
- sacude y golpea dos objetos que tiene en sus manos.
- sostiene el biberón.

9-11 meses:
- prensión de pinza (usando el pulgar y el dedo índice de lado).
- se inicia el soltar en forma gruesa.
- dice adiós con la mano.
- aplaude.
- ayuda a llevarse la cuchara y la taza a la boca.

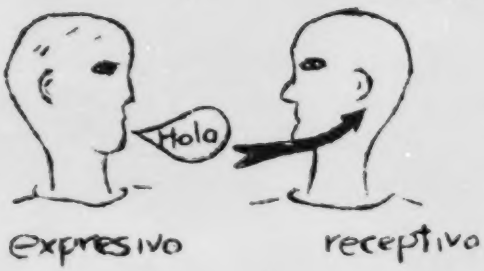
12-15 meses:
- prensión de pinza nítido preciso (usando yemas del pulgar y el índice).
- sostiene la taza para tomar.
- coge la cuchara de la mesa y se lleva a la boca.
- inserta juego de argollas.
- coloca clavijas grandes en el agujero apropiado.
- construye torre de dos cubos.

15 meses:
- progreso hacia la prensión digital.
- llena y vacía envase con objetos.
- ayuda a pasar las páginas de un libro.
- toca dibujos de un libro.
- lleva objetos en la mano mientras camina.
- coge la cuchara.
- suelta la taza y la cuchara.

DESARROLLO DEL LENGUAJE:

"La adquisición y desarrollo de las destrezas de comunicación están entre los aspectos más críticos del crecimiento total y desarrollo del niño entre el nacimiento y los tres años de edad". La habilidad de comunicarse es el fundamento de la interacción social y está sumamente relacionada con el desarrollo cognitivo". El desarrollo del lenguaje puede ser dividido en dos formas, ambos se desarrollan simultáneamente a través de la infancia.

Lenguaje receptivo: Lo que el niño recibe y entiende. Esto no tiene que tomar la forma de comunicación verbal.
Algunos ejemplos son: Un infante busca la voz de su padre con sus ojos.
Un bebé más grande responde a los gestos tales como una madre que extiende sus brazos y el bebé sabe que lo va a alzar.
Más tarde en el desarrollo, el niño es capaz de entender las solicitudes de "ven acá por favor".



Lenguaje expresivo: Lo que el niño expresa. (De cualquier manera, ya sea por expresiones faciales, hablando o por ademanes).
Algunos ejemplos son: El infante arrulla para expresar placer.
El bebé balbucea como si estuviera conversando con alguien.
El niño empieza a usar palabras que corresponden a objetos específicos.

Es muy importante entender el desarrollo tanto en el lenguaje receptivo como el expresivo, ya que las evaluaciones deben incluir ambos para encontrar: el nivel funcional del niño en términos de comunicación, el área de mayor

necesidad en términos de procedimientos remediales, y la causa del retraso en el desarrollo del lenguaje (el cual probablemente requiere mayores estudios).

El desarrollo de las destrezas en niños atípicos puede retrasarse o desorganizarse por varias razones. Algunos de ellos son:

1. Nivel de desarrollo cognitivo del niño: Si el niño no ha alcanzado un nivel suficiente de desarrollo cognitivo, es difícil que el niño avance en sus destrezas de comunicación.

2. Incapacidad auditiva: (Se encuentra más frecuentemente en niños atípicos que en el niño normal). La audición juega un papel crítico en el lenguaje y el habla. Sin el suministro auditivo de otros el niño podría perder períodos críticos del sonido del habla y el aprendizaje del lenguaje.

3. La falta de un ambiente estimulante: Para el niño "especial" que no esté recibiendo la estimulación necesaria del ambiente del hogar (miembros de la familia), sería muy difícil desarrollar el habla "normal". Muchas veces estos niños caen en un ciclo negativo debido a la falta de entendimiento o interés de la familia. Muy a menudo, las familias no hablan o explican los asuntos a sus hijos no-verbales porque creen que la situación no vale la pena, lo cual continúa promoviendo un ambiente no estimulante. De hecho, las necesidades del niño atípico aumentan en vez de disminuir las oportunidades.

4. La falta de coordinación de los músculos utilizados para la formación del HABLA. Para muchos niños con parálisis cerebral, la incapacidad de controlar la boca, lengua, labios y control de la respiración harán más difícil la adquisición del habla normal.

Para aquellos que trabajan con niños atípicos, el siguiente gráfico de desarrollo será utilizado para evaluar el nivel funcional del habla receptiva y expresiva. Una vez que se conoce el desarrollo del niño se puede establecer un plan de acción con los padres envueltos. Si por alguna razón, la oportunidad del niño de desarrollar

su habla es extremadamente limitada, es importante proveer formas alternativas para la comunicación, ya sea por medio del lenguaje de señas o tablas de comunicación.

ESCALA RECEPTIVA, EXPRESIVA PARA EVALUAR EL LENGUAJE DEL NIÑO

Lenguaje Receptivo	Edades	Lenguaje Expresivo
	0 a 1 mes	
-R1. Establece respuesta a sonidos fuertes.		-E1. Llora frecuentemente.
-R2. Aumenta la actividad cuando se acerca al sonido.		-E2. Comienza a vocalizar en vez de llorar.
-R3. A menudo se queda quieto ante sonidos familiares o a voces cariñosas.		-E3. Sonidos vocalizados similares a la B y A predominan.
	1 a 2 meses	
-R4. Frecuentemente presta atención a otras voces.		-E4. Tiene un llanto especial para que lo carguen.
-R5. Da la impresión de escuchar al que habla.		-E5. Algunas veces repite las mismas sílabas mientras se arrulla o murmulla.
-R6. A menudo ve al orador y responde con sonrisas.		-E6. Desarrolla signos vocales de placer.
	3 a 4 meses	
-R7. Responde al hablarle mirando directamente la cara del que le habla.		-E7. Ocasionalmente responde a la estimulación de sonido o habla vocalizando.
-R8. Regularmente localiza con los ojos a quien le habla.		-E8. Cuando juega con él se ríe o usa otra expreción oral de placer.
-R9. Frecuentemente mira la boca y labios del orador.		-E9. A menudo vocaliza con dos o más sílabas diferentes.
	3 a 4 meses	
-R10. Voltea la cabeza deliberadamente hacia donde se oye la voz.		-E10. Frecuentemente se ríe cuando juega con objetos.

Lenguaje Receptivo	Lenguaje Expresivo
-R11. Busca al que habla.	-E11. Balbucea (regularmente repite una serie de sonidos especialmente cuando está solo.
-R12. Usualmente se asusta o se confunde con las voces enojadas.	-E12. Frecuentemente usa los sonidos como P, B o M.
4 a 5 meses	
-R13. Regularmente localiza las fuentes donde se origina.	-E13. Usa sonidos de vocales como la O y U.
-R14. Reconoce y responde a su propio nombre.	-E14. Expresa enojo e inconformidad con patrones de vocales en vez de llorar.
-R15. Usualmente deja de llorar cuando alguien le habla.	-E15. Usualmente para de balbucear en respuesta a estimulaciones vocales pero ocasionalmente continúa balbuceando por un corto tiempo.
5 a 6 meses	
-R16. Demuestra con los gestos faciales y del cuerpo que es apto para distinguir el significado general de voces (1) cariñosas (2) de disgusto (3) familiares.	-E16. Toma la iniciativa en vocalizar y balbucear directamente a otros.
-R17. Demuestra reconocer las palabras como papito, ta-ta, mamá, etc.	-E17. Ocasionalmente vocaliza con 4 o más sílabas diferentes a un mismo tiempo.
-R18. Se para o se retira en respuesta al no, por lo menos la mayor parte del tiempo.	-E18. Juega haciendo sonidos y ruidos cuando está solo o con otros.
6 a 7 meses	
-R19. Demuestra reconocer nombres de los miembros de la familia en lenguaje asociado, aunque la persona nombrada no esté a la vista.	-E19. Empieza a balbucear sílabas y repite combinaciones de 2 o más sonidos diferentes.
-R20. Responde con gestos apropiados a las palabras como parate, arriba, adiós, etc.	-E20. Por lo menos la mitad del tiempo responde con vocalizaciones cuando se le llama por su nombre.

Lenguaje Receptivo	Lenguaje Expresivo
-R21. Le da cierta atención a la música y al canto.	-E21. Usa algunas de las expresiones vocales (aparentemente nombra objetos con palabras de su propio lenguaje.
7 a 8 meses	
-R22. Frecuentemente aparenta estar atento a una conversación completa entre otros.	-E22. Ocasionalmente vocaliza oraciones sin usar las verdaderas palabras.
-R23. Regularmente para cualquier actividad cuando se le llama.	-E23. Juega con lenguaje gesticulado, juegos como las tortitas o al escondite tapándose la cara.
-R24. Aparenta reconocer los nombres de algunos objetos comunes cuando se habla de ellos.	-E24. Ocasionalmente cant solo con la música fami pero sin usar las palabr correctas.
8 a 9 meses	
-R25. Aparenta comprender algunas órdenes verbales simples.	-E25. Usa algún lenguaje gestual (alguno como mover la cabeza apropiadamente para decir no, etc.)
-R26. Regularmente para de hacer una actividad en respuesta de no.	-E26. Muchas veces usa mímica de sonidos y un número de sílabas usado por otros para estimularl vo almente.
-R27. Demostrará interés hasta por un completo minuto mirando una figura si ésta es nombrada.	-E27.
9 a 10 meses	
-R28. Aparenta atender placenteramente las nuevas palabras.	-E28. Primeras palabras que casi siempre dice da, da, ma, ma, ta, ta o al nombre de un animal o juguete.
-R29. Generalmente es apto para escuchar lenguaje sin distraerse por otros ruidos.	-E29. Usa algunas exclamacicnes como oh, oh.
-R30. Casi siempre entrega los juguetes u otros objetos a sus padres cuando éstos se lo piden verbalmente.	-E30. Muchas veces usa un lenguaje garabato de 4 o más sílabas sin usar las verdaderas palabras.

Lenguaje Receptivo	Lenguaje Expresivo
10 a 11 meses	
-R31. Ocasionalmente obedece mandatos simples como pon eso en el suelo.	-E31. Usualmente vocaliza en varios patrones de lenguaje garabato cuando está jugando solo.
-R32. Aparenta comprender preguntas simples como: Dónde está la pelota?	-E32. Imita gestos y lenguaje de juegos como el de las palmitas y el de escondido.
-R33. Responde a la música rítmica con movimientos del cuerpo y de las manos y casi llevando el ritmo de la música.	-E33. Ocasionalmente trata de imitar una nueva palabra.
11 a 12 meses	
-R34. Demuestra comprender cuando responde con gestos apropiados a diferentes peticiones verbales.	-E34. Usa 3 o más palabras con bastante consistencia.
-R35. Generalmente demuestra atención intensa al responder al lenguaje durante un largo período.	-E35. Habla a los juguetes y a personas durante el día, usando patrones verbales largos.
-R36. Demuestra comprender dando respuestas verbales apropiadas a algunas peticiones por ejemplo de "ta-tai".	-E36. Frecuentemente responde a concierto o ritmos vocalizados.
12 a 14 meses	
-R37. Aparenta comprender alguna nueva palabra cada semana.	-E37. Usa 5 o más palabras verdaderas con alguna consistencia.
-R38. Parece comprender el sentimiento psicolígico de los sentimientos y mensajes de los que hablan.	-E38. Intenta obtener objetos deseados usando voces conjuntamente con gestos y señalando.
-R39. Se puede mantener por 2 o más minutos mirando con interés una figura si ésta es nombrada.	-E39. Algunas palabras verdaderas ahora aparecerán en lenguaje garabato.
14 a 16 meses	
-R40. Demuestran comprender haciendo preguntas verbales seleccionando y trayendo objetos de otro cuarto.	-E40. Consistentemente usa 7 o más palabras correctas.

Lenguaje Receptivo	Lenguaje Expresivo
-R41. Reconoce e identifica muchos objetos y figuras de los mismos cuando éstos son mencionados.	-E41. Frecuentemente usa las consonantes T, D, V, N y H.
-R42. Claramente reconoce el nombre de varias partes del cuerpo (como pelo, boca, oreja, manos, etc.).	-E42. La mayor parte de la comunicación es conseguida usando algunas palabras correctas junto con los gestos.
16 a 18 meses	
-R43. Comprende preguntas sencillas y ejecuta indicaciones con una pelota y/u otro objeto.	-E43. Empieza a usar palabras en vez de gestos para expresar deseos y necesidades.
-R44. Recuerda y asocia palabras nuevas por categoría (como comidas, ropa, animales, etc).	-E44. Empieza a repetir palabras escuchadas en conversaciones.
-R45. De una simple indicación identifica 2 o más objetos familiares dentro de un grupo de 4 o más objetos familiares.	-E45. Evidencia de un continuo pero gradual aumento del vocabulario hablado.
18 a 20 meses	
-R46. Como respuesta a una indicación verbal muestra varias partes de su cuerpo y varias piezas de su ropa mostrada en una lámina grande.	-E46. Imita algunas oraciones de 2 y 3 palabras.
-R47. Demuestra comprensión dando respuesta apropiada a aquellas palabras de acciones (forma de verbos) como siéntate, ven acá, deja eso, etc.	-E47. Emite sonidos del ambiente como motores, animales, etc. durante el juego.
-R48. Demuestra comprensión en la distinción de los pronombres personales tales como: éste, eso, a ella, dame eso a mí.	-E48. Tiene un vocabulario verbal de 10 a 20 palabras.
20 a 22 meses	
-R49. Sigue una serie de 2 o 3 mandatos relacionados.	-E49. Empieza a combinar palabras en oraciones sencillas como (va, tatai, papá, ven, etc.).

Lenguaje Receptivo	Lenguaje Expresivo
-R50. Reconoce palabras nuevas diariamente a un nivel de crecimiento.	-E50. Habla más y más palabras cada día.
-R51. Reconoce e identifica casi todos los objetos comunes y láminas de los objetos comunes cuando éste es nombrado.	-E51. Intenta hablar sobre experiencias usando una combinación de lenguaje garabato y algunas palabras correctas.
22 a 24 meses	
-R52. Después de una demanda verbal selecciona un objeto dentro de 5 o más objetos diferentes (tales como peinilla, cucharas, etc).	-E52. Ocasionalmente usa 3 palabras en una oración (tales como: allí está, Juega con los bloques, etc).
-R53. Aparenta escuchar el significado y lenguaje razonable y no solamente los sonidos de las palabras.	-E53. Se refiere a sí mismo usando su nombre.
-R54.	-E54. Empieza a usar algunos pronombres pero, comete errores en la sintaxis.
24 a 26 meses	
-R55. Demuestra comprensión de varias palabras de acción (formas de verbos) seleccionando las figuras apropiadas (por ejemplo, correctamente escoge cuál lámina demuestra estar comiendo).	-E55. Usualmente usa 2 o 3 palabras en una oración.
-R56. Cuando se le pide que nuestre las pequeñas partes del cuerpo (tales como mandíbula, codos, ceja, etc.).	-E56. Casi siempre usa pronombres personales correctamente (yo, tú, él, etc.).
-R57. Reconoce e identifica generalmente los nombres familiares en categoría (como bebé, abuela, madre, etc.	-E57. Pide ayuda con algunas de sus necesidades personales (tales como lavarse las manos, ir al servicio, etc.).

Lenguaje Receptivo	Lenguaje Expresivo
26 a 30 meses	
-R58. Demuestra y comprende la asociación de palabras a través de la identificación funcional (preguntas correctas tales como: Con qué comes? Qué ropa cargas?	-E58. Nombra por lo menos un color correctamente.
-R59. Comprende diferencia en los tamaños (correctamente seleccionados "la muñeca pequeña", el libro pequeño, el plato grande, etc. dentro de este grupo de objetos similares.	-E59. Se refiere a sí mismo usando un pronombre en vez de usar su propio nombre.
-R60. Reconoce los nombres y figuras de los objetos más comunes.	-E60. Repite dos ó más números correctamente.
30 a 33 meses	
-R61. Demuestra comprensión de todos los verbos comunes.	-E61. Puede contestar a que género pertenece - cuando se le pregunta eres un niño o una niña?
-R62. Comprende oraciones largas y complejas.	-E62. Nombra y habla acerca de lo que él (ella) ha garabateado o dibujado cuando se le pregunta.
-R63. Demuestra comprensión de casi todos los adjetivos comunes	-E63. Da los dos nombres completos (nombre y apellido) cuando se le pregunta.
33 a 36 meses.	
-R64. Demuestra interés a las explicaciones de "por qué" las cosas son y "cómo" las cosas funcionan.	-E64. Regularmente relata experiencias pasadas (cuando ha sucedido mientras él (ella) estaba "fuera" o separado de los padres.
-R65. Dice tres órdenes en una sola oración.	-E65. Usa varias formas de los verbos correctamente cuando se refiere a una acción que observa en una lámina.
-R66. Demuestra comprensión de las preposiciones (tales como: encima, debajo, delante, atrás, etc)	-E66. Usa formas del plural correctamente en el lenguaje.

The Bzoch-League
Receptive-Expresive Emergent Language Scale
(Traducción)

ETAPAS DE DESARROLLO PERSONAL-SOCIAL

1 MES:
-Mira momentáneamente a la cara.

3 MESES:
-Reconoce a la madre.

4 MESES:
-Sonríe en respuesta.

5 MESES:
-Sonríe espontáneamente.

6 MESES:
-Cierra voluntariamente los labios al estímulo de la cuchara.

9 MESES:
-Se chupa el dedo.
-Toma de una taza con ayuda.
-Juega con juguetes que están distantes de alcanzar.

10 MESES:
-Hace movimientos laterales de la lengua para masticar.
-Sostiene la mamadera para beber.
-Se ríe con extraños.
-Resiste los juguetes de jalar.
-Juega levantando juguetes.
-Juega con sus pies y a escondido.
-Mueve su manita diciendo "hasta luego".

12 MESES:
-Mastica alimentos, con movimientos verticales.
-Reconoce imagen corporal en el espejo.
-Controla el babeo.

15 MESES:
-Coopera en actividades diarias como vestirse, extendiendo brazos y piernas.

18 MESES:
-Sostiene un vaso con ambas manos y toma de él sin derramar el contenido.
-Succiona con pajilla.
-Se lleva la cuchara a la boca.
-Se pone el alimento en la boca.
-Sopla con algún objeto.
-Se quita ciertas partes de vestir, (blusa, falda, medias)
-Indica necesidades fisiológicas.
-Le gusta empujar juguetes.
-Responde a su nombre.

24 MESES:
-Sostiene un vaso pequeño con una sola mano.
-Se inserta la cuchara a la boca sin romperse.
-Mastica con movimientos rotativos.
-Encuentra las mangas e inserta sus brazos en ellas.
-Se desabrocha cuando está abrochado.
-Se quita los zapatos si no tiene cordones.
-Se entretienen con sus juguetes.
-Hace juegos paralelos.
-Toma direcciones espaciales en relación a su buen ambiente.

36 MESES:
-Saca cosas de vasijas pequeñas.
-Come sin regar los alimentos.
-Usa tenedor.
-Se desviste con rapidez.
-Se abrocha los zapatos.
-Se pone piezas sencillas de vestirse, camisas, faldas, medias.
-Se lava y seca las manos.
-Cierra y abre llaves de agua.
-Hace juegos asociados.
-Muestra interés en conversación con otros.
-Cambia juguetes, por forma.
-Conoce su propio sexo.
-Dice su nombre completo.
-Dice su edad.
-Nombra a sus hermanos.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Etapas del desarrollo:

9 meses:	Se come una galleta por sí solo Sostiene el biberón Duerme durante la noche Toma dos siestas Toma tres o cuatro biberones Acostumbrado a sólidos y aceptaría otros nuevos
12 meses:	Come con sus dedos Golpea y chupa la cuchara Movimientos regulares de los intestinos Ayuda a vestirse
15 meses:	Descarta el biberón Indica que está mojado (después de hacerlo)
18 meses:	Se alimenta con cuchara y derrama Adquiere control voluntario de los esfínteres Imita el peinar el cabello
21 meses:	Maneja bien la taza (levanta, bebe, vuelve a su lugar) Pide comida y bebe Pide que se le lleve al baño (antes de hacerlo)
24 meses:	Se pone una prenda sencilla y se quita los pantalones Se quita las medias y los zapatos Se interesa en abotonarse y desabotonarse Usa la cuchara derramando poco o nada Expresa en palabras sus necesidades fisiológicas (antes de hacerlo) y distingue entre las funciones intestinales y de la vejiga. Se mantiene seco durante la noche si se le levanta
36 meses:	Come por sí solo Se alimenta por sí solo Sirve de un pichel Le gusta poner la mesa Se desviste bien y rápidamente Desabotona los botones del frente y de los lados Se pone los zapatos y las medias Toma una siesta como de una hora Se mantiene seco frecuentemente durante la noche Controla sus esfínteres muy bien durante el día
3 ½ años:	Lava y seca sus manos y cara

4 años:	Cepilla sus dientes
	Amarra sus zapatos
	Distingue la parte trasera de la delantera de la ropa
	Se viste y desviste con poca supervisión
	Se peina con alguna supervisión
	Le gusta escoger su propio menú
	La conversación no interfiere con el comer
	Deja de hacer siestas
5 años:	Se interesa en barrer, lavar y secar los trastos
	Se viste y se desviste completamente solo
	Abotona los botones de adelante
	Independencia absoluta en el uso del baño
	Hace los lazos de sus zapatos

GUIA DE LAS ETAPAS DEL DESARROLLO NORMAL (0-3 AÑOS)

UN MES

- Levanta la cabeza ligeramente cuando está boca abajo
- Levanta la cabeza momentáneamente cuando se le apoya la espalda
- Fija y sigue con su mirada brevemente
- Evita estímulos molestos (tela sobre la cara)
- Podría hacer un poco de ruido "en la garganta" sonidos sin forma definida

DOS MESES

- Cabeza erguida, inestable, cuando se le apoya al sentarse
- Sigue a las personas con la vista
- Imita o responde a la persona que le sonríe, sonriendo ocasionalmente
- Vocaliza

TRES MESES

- Levanta la cabeza y el pecho cuando se acuesta boca abajo
- Movimiento vigoroso del cuerpo
- Mejor control de la cabeza
- Reconoce el biberón
- Se arrulla, se ríe entre dientes

CUATRO MESES

- Buen control de la cabeza en prono
- Da vueltas de un lado a otro
- Toma un objeto (lápiz) sostenido cerca de él
- Podría empezar a alcanzarlo
- Continua moviendo el objeto cuando está sentado
- Se ríe en voz alta
- Disfruta el juego

SEIS MESES

- Se sienta con poco apoyo en las superficies duras
- Da vueltas de boca arriba a boca abajo
- Agarro reflejo con toda la mano, transfiere de una mano a otra y a la boca (la prensión refleja podría presentarse durante el sueño)
- Alcanza
- Balbucea más de dos sonidos*

NUEVE MESES

- Se sienta por sí solo, puede cambiar de posición sin caerse
- Manipular dos objetos simultáneamente
- Dice "mamá, "baba"--sonidos consonantes*
- Desenvuelve un cubo

DOCE MESES	- Se para, puede dar pasos con apoyo de alguien - Presión con movimiento de pinza, pone piedrecitas dentro y fuera de una taza - Apila dos cubos (hace torre de dos cubos) - Devuelve los juguetes que se le piden - Da afecto - Probablemente diga de 2-3 palabras* - Reflejo de succión y búsqueda presentes cuando tiene hambre o está dormido
QUINCE MESES	- Camina sin apoyo - Apila tres cubos (hace torre de 3 cubos) - Podría usar de 4-5 palabras - A veces se alimenta solo (auto-alimenta)
DIECIOCHO MESES	- Camina, podría correr un poco, sube y baja un escalón - Le gusta dasarmar juguetes y que se le lea - Raya papeles o mesas con crayones - Se alimenta por sí solo parcialmente - Podría usar de 5-10 palabras* - Podría estar entrenado para controlar los esfínteres durante el día
VEINTICUATRO MESES	- Puede tirar, patear una bola, abrir una puerta, voltear una página - Participa en juegos paralelos - Reconoce fotografías familiares, sabe si están al revés - Podría usar 2-3 oraciones* - Mejora su entrenamiento de control de los esfínteres durante el día
TREINTA Y SEIS MESES	- Alterna los pies en las escaleras - Se para momentáneamente en un solo pie - Maneja triciclo - Se alimenta solo - Se pone los zapatos por sí solo - Reconoce tablas de formas simples - Conoce su propio sexo - Control diurno de los esfínteres

*
Gran variabilidad en el desarrollo normal del lenguaje.

C A P I T U L O VI

LAS INCAPACIDADES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO

LAS INCAPACIDADES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO

A medida que un infante avanza a través de las etapas normales del desarrollo, comienza a controlar sus movimientos y llega a ser un participante activo en el ambiente que le rodea. Los reflejos primitivos que una vez eran dominantes desaparecen y el niño gradualmente alcanza las etapas del movimiento voluntario. Con la madurez continua del sistema nervioso, gradualmente refina los movimientos de su mano y sus dedos de un reflejo primitivo de prensión a una acción fina de pinza. El lenguaje procede de sonidos tempranos de alegría o dolor, palabras descriptivas de una sola palabra a oraciones completas. Todas las áreas de desarrollo del niño progresan rápidamente, especialmente durante los primeros años de vida.

Pero el proceso de desarrollo no ocurre en el vacío. El refinamiento de las destrezas de motora fina se adquieren por medio de la práctica y el lenguaje se aprende por medio del contacto continuo con otros. Una vez que el sistema nervioso ha madurado hasta el punto donde el infante es capaz de aprender nuevas destrezas, la cantidad y calidad de las experiencias afecta grandemente el grado de adquisición de destrezas. Para el niño "normal", un ambiente estimulante puede ser la fuerza que estimule el movimiento y la exploración. Para el niño "especial" que tiene una incapacidad específica, el ambiente estimulante del niño "normal" podría estar fuera de su alcance. Para el infante ciego o parcialmente ciego, el juguete rojo y atractivo al otro lado del cuarto no es de su interés, debido a que no está consciente de el. Para el niño con parálisis cerebral que puede ver el juguete, pero no puede caminar o gatear hacia el objeto, no podrá tener la oportunidad de manipular este artículo tan atractivo.

Al trabajar con infantes y niños en edad preescolar con incapacidades, uno debe estar al tanto de cómo afecta cada incapacidad la interacción del niño con su ambiente. Si el niño "especial" no puede ser un participante activo sin la ayuda de otra persona, entonces uno debe organizar un ambiente que satisfaga las necesidades del niño. La siguiente

información es una breve descripción de cómo las incapacidades, tales como ceguera, sordera, etc. pueden afectar el proceso de desarrollo del niño. Pero al usar esta información, uno siempre debe considerar al niño como un individuo. No hay dos niños iguales y cada uno debe ser observado como tal.

El infante sordo o con problemas auditivos:

Desarrollo de motora gruesa:
Desarrollo de motora fina:

En las áreas de desarrollo motor, la incapacidad de la sordera no debería tener un efecto en el patrón secuencial del desarrollo, a no ser que la causa inicial del daño, tal como la rubeola, causó daño adicional resultando en la limitación de la coordinación motora encontrada en el niño con parálisis cerebral.

Lenguaje expresivo y receptivo:

De todas las áreas del desarrollo del niño, tendrá su mayor déficit en el lenguaje. Ya que el niño desarrolla el habla por medio de la imitación, el niño sordo carecerá de las destrezas receptivas necesarias para desarrollar el habla normal. El grado de logro para el niño sordo o con problemas de audición dependerán grandemente de:
--el tipo de sordera (ya sea conductiva, sensorioneural o ambas).
--edad del comienzo de la sordera (ya sea que el niño nació sordo o la adquirió después de que aprendió a hablar).
--grado de la pérdida de la audición (ya sea sordo o con problemas auditivos).

Destrezas del diario vivir: El niño debería desarrollar destrezas de la vida diaria (ayudarse a sí mismo) al mismo grado o con la misma facilidad que los niños "normales". La mayor influencia en la adquisición de la destreza recae en los padres y los miembros de la familia y cómo reacciona hacia el niño "especial". Si no se le enseña cómo cuidar sus necesidades diarias, se retrasará su aprendizaje.

Social: El desarrollo social podría verse afectado dependiendo de la manera en que la familia trata con su incapacidad. Debido a los medios de comunicación tan limitados, el niño tendrá dificultades para interaccionarse con otros y podría desarrollar una conducta negativa debido a problemas como la frustración causada por la incapacidad para expresar sus necesidades y sentimientos básicos.

Cognitivo: "Toda la información acumulada sobre el desarrollo cognitivo en la infancia subraya el hecho de que el progreso cognitivo del infante es por medio de la interacción continua en el ambiente. Asumiendo que este es un análisis correcto de lo que está sucediendo, entonces dos factores influenciarán la calidad y el grado del desarrollo cognitivo del niño: (a) el grado al cual el niño sea capaz de interaccionar con su ambiente, (b) la naturaleza del ambiente en el cual interacciona el niño.

El niño que funciona normalmente dentro de un ambiente estimulante, tendrá la oportunidad de explorar y manipular el ambiente que lo rodea. El niño incapacitado físicamente, sordo o ciego, carecerá de la oportunidad de interaccionar con su mundo e inevitablemente va a perder algunos períodos del desarrollo cognitivo. La clave para el proceso completo es un ambiente estimulante. Los niños atípicos comparten los mismos procesos básicos y secuencias del desarrollo.

cognitivo que los niños "normales"; pero la evidencia muestra que la lentitud del logro de las etapas en esta área del desarrollo está grandemente influenciado por la experiencia después del nacimiento y quizás no sea necesariamente un resultado del problema básico.

El niño con incapacidad visual parcial o completa:

Desarrollo de motora gruesa y
Desarrollo de motora fina:

El niño con incapacidad visual puede pasar eventualmente bastante bien por las etapas del desarrollo motor, aunque generalmente lo hace más despacio que el niño vidente.

"Las investigaciones más recientes muestran que la visión comienza a coordinar con el proceso de motora gruesa cuando el infante alcanza la edad de cuatro o cinco meses. El niño incapacitado visualmente parece coordinar el proceso motor grueso por medio de la audición hasta que tenga 10 meses de edad. (La coordinación entre el oído y la mano parece desarrollarse después de la coordinación entre el ojo y la mano.

El niño con incapacidad visual necesita, aún más que otros niños, sentir el placer de moverse, sabiendo cómo moverse en el espacio en diferentes formas. Específicamente se le debe enseñar cómo gatear, caminar y rodar.

El desarrollo de motora gruesa y fina, dependerá grandemente en la motivación del niño para explorar y en la ayuda de los padres al

proveer la estimulación necesaria para el desarrollo.

Lenguaje (receptivo y expresivo):

Las destrezas de comunicación receptiva y expresiva no serán afectadas por la incapacidad visual, siempre y cuando no esté acompañada de dificultades adicionales. El niño tendrá problemas al entender las palabras que no son parte del mundo concreto (por ejemplo, qué es el cielo?) y no se beneficiará del uso de indicaciones visuales como una referencia en la interrupción de la comunicación verbal.

Destrezas del diario vivir:

Para un niño con incapacidad visual, el grado y cantidad del desarrollo de la destreza dependerá de la ayuda suministrada al niño. Porque carece de la oportunidad de aprender a través de la imitación el niño debe ser guiado a través de diferentes actividades con el fin de desarrollar las destrezas necesarias para la vida diaria. Tendrá que llevar a cabo la labor, explorando con sus manos y aprendiendo por medio de experiencias prácticas.

Social:

El niño con incapacidad visual tiene una desventaja: el contacto personal tiene que ser iniciado por otros (padres, miembros de la familia, etc.). Si se deja solo, el niño ciego tiende a recurrir a sí mismo como fuente de entretenimiento, aislando a los

que le rodean. Si el niño no tiene el apoyo de un ambiente amoroso, seguro tanto emocionalmente como físicamente, tendrá más dificultad para desarrollarse socialmente y esto en muchos casos afectará su nivel de motivación para otras tareas.

Cognitivo:

Refiérase a la descripción sobre el sordo o con problemas auditivos.

EL INCAPACITADO FISICAMENTE (niño con parálisis cerebral)

Debido a que existe un gran número de incapacidades físicas, polio, espina bífida, etc., es imposible evaluar cada una individualmente. Por esta razón solo se discutirá el niño con parálisis cerebral ya que este incluye la mayor parte de los niños que padecen una incapacidad física. Al comparar los efectos de la parálisis cerebral en el proceso del desarrollo es imposible ser específicos debido a los varios tipos que pueden presentarse (cada una con sus características específicas) y por los distintos niveles de envolvimiento o grado del daño.

Desarrollo de motora gruesa:

Por definición, la parálisis cerebral es un trastorno del movimiento y coordinación causado por problemas cerebrales o por enfermedad. El resultado del daño afecta el desarrollo de motora gruesa del niño. Cómo y a qué grado, depende de la localización y la severidad del daño dentro del cerebro. (Por ejemplo, existen niños con parálisis cerebral que aprenden a caminar sin mayor dificultad mientras que otros

nunca llegarán a esa etapa del desarrollo de motora gruesa). Las características específicas de la parálisis cerebral se describen en el capítulo que trata sobre incapacidades.

Desarrollo de Motora Fina:

Al igual que el desarrollo de motora gruesa, la adquisición del desarrollo de motora fina, depende del área y el grado del daño. (Por ejemplo, la coordinación del movimiento del brazo de un hemipléjico(con un lado afectado) en el lado "bueno" será normal con el otro lado "afectado" limitado en términos de coordinación de motora fina.

Lenguaje(receptivo y expresivo):

Muchos de los niños con parálisis cerebral tienen dificultad o no pueden usar la comunicación expresiva (verbal).
(Algunos problemas en el habla o lenguaje se presentan en 48-49% de los niños con parálisis cerebral). El mayor problema está en la falta de coordinación de los músculos utilizados en la formación del habla.

Destrezas de la vida diaria:

El éxito en la independencia o el logro de las destrezas depende de dos factores principales: (1) tipo y grado de la incapacidad y (2) el deseo y paciencia de los miembros de la familia para enseñar y la motivación del niño para aprender, (3) la

estructura física del ambiente en que vive (el hogar).

Social: El desarrollo social podrá ser afectado, dependiendo de las reacciones y apoyo dado por los miembros de la familia. El grado del desarrollo social debería ser mayor para aquellos niños levemente afectados. Para aquellas múltiples incapacidades, (la oportunidad para alcanzar el desarrollo social "normal" es extremadamente limitado. Pero se debe hacer todo intento por proveer la vida más normal posible. Sin este esfuerzo, el niño nunca podrá desarrollar las destrezas sociales).

Cognitiva: Por favor refiérase a la sección sobre el sordo o con problemas auditivos.

El niño con retardo mental:

Todas las áreas del desarrollo pueden retrasarse debido al retardo mental, pero generalmente los mayores retrasos se observan en el desarrollo del lenguaje y cognitivo. Lo que un niño logra en cada área dependerá grandemente del grado de retardo y la cantidad de ayuda provista por los padres.

C A P I T U L O VII

INCAPACIDADES Y SUS CARACTERISTICAS

INCAPACIDADES Y SUS CARACTERISTICAS

Los varios tipos de incapacidades que se encuentran en un pueblito pueden fluctuar de problemas visuales a defectos congénitos; de un infante con ceguera congénita al niño de tres años con parálisis cerebral infantil...

No hay fórmula ni ley que dicte qué tipo de incapacidad será representada y no hay garantía de quién será involucrado (aunque hay ciertos tipos de enfermedades más prevalecentes que otras y ciertos grupos de individuos que parecen ser de más alto riesgo). Considerando esto, el trabajador de salud rural y/o maestros involucrados en los programas de estimulación precoz con niños incapacitados necesitan saber por lo menos las características generales de las áreas más frecuentes de impedimentos.

Sería imposible cubrir en un capítulo corto o hasta en un libro, todas las posibles incapacidades que uno podría encontrar, ya sea visual, físic o mental. Debido a esto y con el fin de proveer por lo menos la información básica acerca de los problemas que se encuentran más frecuentemente en áreas rurales y urbanas de Costa Rica, solamente se cubren tres áreas generales: Retardo Mental, Problemas de la Comunicación (incapacidad auditiva) e incapacidad física (Parálisis Cerebral). Estas áreas se escogieron porque son las incapacidades que afectan el porcentaje más grande de niños preescolares infantes que se encuentran en comunidades rurales.

RETARDO MENTAL

"Retardo mental se refiere a un funcionamiento general intelectual menor al del promedio normal que se origina durante el período del desarrollo y está asociado con un impedimento en la conducta adaptativa". (Asociación de Deficiencia Mental).

El retardo mental no es una enfermedad como el cáncer pero es un estado o condición. No es contagioso ni es una enfermedad mental. Los individuos con retardo mental aprenden a un paso más lento pero sí aprenden.

En los Estados Unidos, la frecuencia de niños con retardo mental (edad escolar) está entre el 2 y 3 por ciento. En una comunidad americana promedio, de 1000 niños de edad escolar, aproximadamente un niño es totalmente dependiente, cuatro son retrasados mentales entrenables y veinticinco son retrasados mentales entrenables.

Clasificación:

La clasificación del retrasado mental se hace de varias maneras para ilustrar las características de desarrollo y educación.

1. Características del Desarrollo

Grados de Retardo Mental	Edad Preescolar 0-5 Maduración y Desarrollo	Adulto de 21 años y más Suficiencia Vocacional y Social
Leve	Puede desarrollar destrezas sociales y de comunicación; retardo mínimo en el área sensoriomotora; a menudo no se distingue del normal hasta una edad futura.	Usualmente puede adquirir destrezas sociales y vocacionales adecuadas para auto-sostén mínimo (puede aprender destrezas académicas hasta aproximadamente el nivel de sexto grado al final de la adolescencia).
Moderado	Puede hablar o aprender a comunicarse; conocimiento social pobre, desarrollo motor pasable, aprovecha el entrenamiento en auto-ayuda.	Puede adquirir el sostén de sí mismo en trabajo no especializado en condiciones no protegidos. Necesita supervisión y orientación durante tensión de tipo social o económico (puede disfrutar de entrenamiento en destrezas sociales y ocupacionales; posiblemente no progresa más que a un nivel de segundo grado en materia académica).

Grados de Retardo Mental	Edad Preescolar 0-5 Maduración y Desarrollo	Adulto de 21 años o más Suficiencia Social y Vocacional
Severo	Desarrollo Motor pobre. Lenguaje mínimo; poca o ninguna habilidad de comunicación.	Puede contribuir parcialmente a mantenerse bajo supervisión absoluta. Puede desarrollar habilidades de autoprotección a un nivel mínimo de provecho en un ambiente controlado. (Durante el período de entrenamiento y educación, de las edades de 6-20 años, puede aprender a comunicarse y puede entrenarse en hábitos elementales de salud).
Profundo	Retardo total; capacidad mínima para funcionar en el área sensoriomotora. Necesita cuidados de enfermería.	Cierto desarrollo motor y de lenguaje puede adquirir un nivel de auto-ayuda muy limitada. Necesita cuidados de enfermería.

Fuente: The Problem of Mental Retardation (El problema del Retardo Mental). Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, Oficina del Secretario. El Comité del Secretario sobre Retardo Mental, (Washington, D. C., Oficina de Imprenta del Gobierno, 1969).

2. Clasificación Educacional

- Lento para aprender (Q.I. 80-90)
- Retardo Mental Educable (Q.I. 50-55 a 75-79)
- Retardo Mental Entrenable (Q.I. 30-35 a 50-55)
- Retardo Mental Profundo (Q. I. menos de 25-30)

Retardo Mental Educable:

Este niño es uno que es incapaz de aprovechar suficientemente el programa regular o corriente de la escuela (necesita alguna forma de asistencia especializada), pero se considera que tiene potencialidades de desarrollo en tres áreas:

- educabilidad en materias académicas de escuela a un nivel mínimo.
- educabilidad en ajustes sociales al punto que se puede manejar independientemente en la comunidad.
- suficiencia ocupacional mínima a tal grado que más adelante se puede mantener parcialmente o totalmente a nivel adulto.

Retardo Mental Entrenable:

Este niño es uno que no es educable en el sentido de logros académicos, ajuste social esencial con independencia en la comunidad, o ajuste independiente ocupacional a nivel adulto. El niño retardado mental entrenable tiene el potencial para aprender:

- destrezas de auto-ayuda
- ajuste social en la familia y el vecindario
- aporte económico en el hogar, en la escuela residencial (internado) o en el taller protegido.

Retardo Mental Profundo:

Este niño requiere casi cuidado y supervisión completa durante su vida.

Causas del Retardo Mental:

Cuando uno pregunta cual es la causa de retardo mental, la respuesta solo se puede satisfacer con volúmenes de información y entonces, es estremadamente difícil hacer un diagnóstico de cada caso individual. La verdad es que "el 75% a 80% de los casos, la ciencia no ha señalado todavía una causa específica aunque se sabe que más de 200 enfermedades y condiciones pueden causar retardo mental. Las siguientes áreas incluyen causas de retardo mental.

1. Causas genéticas:
   - desajustes bioquímicos (Fenylketonuria, galactosemia).
   - anormalidades de cromosomas (Sindrome de Down o Mongolismo).

2. Causas prenatales: (Rubeola, factor Rh)

3. Causas perinatales: (daño cerebral, asfixia, prematuridad).

4. Causas postnatales: (encefalitis, meningitis).

5. Factores culturales: (factores causantes en el ambiente social).

Es extremadamente importante que uno reconozca que un niño puede nacer con una inteligencia normal pero convertirse en retardado por negligencia. "Ya no hay duda alguna de que si un infante no se le estimula, si no se le da atención y afecto de padres, y si no se le da un ambiente, existe un grave riesgo de que sea retardado".

Peligro de Retardo Mental:

Dependiendo del grado o nivel de retardo, su identificación puede ser muy difícil en las primeras fases de la vida. Pero, los profesionales deben estar alerta a retrasos en el desarrollo de los niños y los padres deben estar informados de la importancia de estar observando a su hijo en relación a su edad y a las etapas de desarrollo.

Como se afirma en secciones anteriores de esta guía, el retardo mental además de otras condiciones incapacitantes se debe considerar o sospechar cuando un niño falla en desarrollar ciertas destrezas a su etapa debida, ya sea en el desarrollo motor, comunicación o cognicitiva.

Qué se puede hacer?

Como todos los niños, estos individuos tienen niveles únicos de potencial que deben ser desarrollados y este proceso no se puede llevar a cabo por medio de la inactividad.

Estos niños necesitan la ventaja de la experiencia, el entrenamiento sistemático y atención personal y afecto que toda persona necesita. Aunque los niños de nivel funcional bajo no alcanzan el desarrollo para que estos niños puedan participar en la sociedad. Ellos necesitan ser reconocidos como individuos y sentirse útiles y que contribuyen a los que le rodean. Uno debe siempre recordar que "los niños que son retrasados mentales son más niños normales que lo que son diferentes a ellos".

El aspecto importante es que el entrenamiento se provea a una edad temprana cuando el desarrollo se está llevando a cabo a un paso rápido. Ya que llevará más tiempo enseñarle algunas destrezas que l niño "normal" aprende en las etapas tempranas del desarrollo, al niño retardado o retrasado se le debe dar experiencias para ayudarle en el proceso de aprendizaje. Además, la conducta apropiada se le debe enseñar al niño antes que aprenda conductas inapropiadas.

PROBLEMAS DE LA COMUNICACION (Impedimento de la Audición):

Los problemas de comunicación pueden ocurrir como resultado de defectos de audición, lenguaje o articulación, a diferentes niveles del proceso de la comunicación. Hay numerosos problemas que afectan el desarrollo de la vocalización y lenguaje, como el retardo mental defectos estructurales de la boca, falta de coordinación muscular debido a daño cerebral como parálisis cerebral, etc. En esta breve sección, solo se discutirá el área de sordera y/o pérdida auditiva.

Si un niño entra al mundo con poca o sin audición, la adquisición de lenguaje normal será severamente afectada. Sin el beneficio de recepción auditiva, el desarrollo de la vocalización verbal será difícil y otros tipos de comunicación serán posiblemente necesarias para que el niño sea activo en ambos ambientes; educativo y social.

Clasificación y Posibles Causas:

La pérdida de audición se clasifica de acuerdo al sitio de interferencia.

1. Bloqueo o interferencia de la transmisión de sonido en el oído externo o medio es una pérdida de audición conductiva. La habilidad de entender lo que se habla es simplemente de hacerlo suficientemente fuerte para sobreponerse a la pérdida de audición. El problema más común en el oído externo es la acumulación de cera. También las malformaciones pueden bloquear el canal exterior. La causa mayor de pérdida auditiva tipo conductiva relacionada al oído medio es la inflamación o infección dentro del oído medio. Si no es tratado puede volverse crónico.

El potencial de los niños que tienen pérdida conductiva, es generalmente buena. Un audífono es de gran importancia para el niño con este tipo de pérdida.

2. La pérdida de audición debido a disfunción en el oído interno o en la vía entre el oído interno y el tronco cerebral se llama pérdida neurosensorial. El oído tendrá dificultad de percibir sonidos en ciertas bandas de frecuencias. Como resultado, las pérdidas neurosensoriales pueden seriamente afectar la comprensión del lenguaje, aún cuando éste se amplifica con un audífono. Las causas mayores de pérdidas neurosensoriales son: la enfermedad de rubeola viral, factores incompatibles entre la sangre de la madre y el niño (Factor Rh), fiebre escarlatina y meningitis.

3. Es importante notar que algunas pérdidas auditivas contienen componentes conductivos y neurosensoriales.

QUE SE DEBE HACER:

Los asistentes de salud rural y maestras que trabajan con bebés y niños preescolares deben tener presente cuáles son los signos de peligro para detectar si el niño tiene o no audición normal. El descubrimiento temprano es vital. Aquí hay seis signos de peligro que se han bosquejado por la Asociación Bell y el Dr. William G. Hardy, Director del Centro de Audición y Lenguaje del Hospital John Hopkins de Baltimore, U. S. A.:

1. El recién nacido no se asusta cuando se le palmotea bruscamente dentro del área de tres a seis pies.
2. A los tres meses, el niño no vuelve sus ojos hacia un sonido.
3. A los ocho meses hasta el año, el niño no se da vuelta hacia una voz susurrante al sonido de un chilindrín o cuchara que se bate dentro de una taza cuando estos sonidos se originan a 3 pies de sus espaldas...

4. A los 2 años el niño no puede identificar algunos objetos cuando se le dice su nombre...No puede repetir una palabra con un sólo estímulo, no puede repetir una frase y no usa frases cortas mientras habla.

5. El niño no se despierta ni se molesta por ruidos fuertes, no responde cuando lo llaman, no pone atención a los sonidos ordinarios de la cuna, usa ademanes casi exclusivamente en vez de verbalización para comunicar necesidades u observa fijamente la cara de sus padres.

Si el asistente de salud rural o el maestro encuentran a un bebé o niño con posible pérdida auditiva:

1. Puede llevar a cabo una prueba informal en el hogar para determinar si el niño tiene reacción alguna a sonidos. Por ejemplo, mientras el niño juega, realice diferentes sonidos detrás de su espalda (como golpear un frasco, sonar un tarro con piedritas o frijoles) y observe sus reacciones. Deja de jugar? Siempre se vuelve hacia el mismo lado buscando el sonido?

2. Si hay alguna duda se debe realizar una prueba formal para comprobar pérdidas auditivas a diferentes frecuencias de sonido.

3. Si el niño se encuentra con una pérdida auditiva, se debería considerar el uso de un audífono y terapia de lenguaje, esto se debe iniciar lo más temprano posible. En general, el período entre 18 y 20 meses de edad parecen ser el tiempo mejor para empezar. Los niños aprenden el lenguaje con más facilidad hasta la edad de 5 años. El esperar hasta que el niño normalmente entre a la escuela puede ser demasiado tarde.

4. .Se debe localizar un programa especial para el niño. La información concerniente a programas de Educación Especial para sordos o con pérdidas auditivas se puede obtener por medio del Ministerio de Educación/Departamento de Enseñanza Especial o por medio de las Oficinas Regionales de Educación.

5. Los padres y maestros deben llegar a un acuerdo acerca de la mejor manera de comunicación que se debe usar o enseñar a su niño. Ciertamente, la comunicación verbal es lo que a todos les gustaría seguir, pero existen otros métodos alternativos tales como "comunicación total" (combinación de señas y verbalización).

Nota: Ver también sobre este tema "Advertencias para los padres de niños sordos y medios sordos", en la página 126.

INCAPACITADOS FISICOS (Parálisis Cerebral Infantil)

"La Parálisis Cerebral es un cuadro no progresivo de movimientos y posturas anormales que empiezan en la niñez, debido a un malfuncionamiento del cerebro (disfunción cerebral). Sin embargo, la mayoría de los niños afectados no obtienen dicha condición por daños o heridas propias de niños mayores sino que por una variedad de enfermedades y trastornos que ocurren durante el embarazo o a la hora del parto, y son calificados como "congénitos". (86% congénitos, 14% adquiridos)." (Bleck, 1975). La Parálisis Cerebral no es una enfermedad sino un estado estático. Además de su problema motor, un individuo con parálisis cerebral también puede tener deficiencias en otras áreas: intelecto y sensorial (visual, auditivo, tactil). No hay cura para la parálisis cerebral pero si hay bastante conocimiento asequible para asistir su prevención.

La severidad de la parálisis cerebral puede variar de leve a severo, dependiendo de las áreas del daño cerebral y al grado que está afectado. Un niño puede tener dificultades sólo con la coordinación, otro puede tener músculos extremadamente tensos, otro puede ser flojo y débil y todavía otro puede tener pérdida completa del equilibrio mientras camina. Algunos niños pueden tener una combinación de estas incapacidades musculares y de coordinación debido al daño cerebral extensivo en varias áreas del cerebro.

Clasificación de los tipos:

La Parálisis Cerebral se clasifica de dos maneras, ambas necesarias para el desarrollo de programas de terapia para cada niño individualmente.

1. De acuerdo al movimiento:
   -espasticidad
   -atetosis
   -rigidez
   -ataxia
   -temblor
   -mixto

Espasticidad:

Este tipo es el más común de la parálisis cerebral. Como el 75% de todos los niños con parálisis cerebral se describen como espásticos y algunos tienen un poco de espasticidad combinada con otro tipo de parálisis cerebral. Este tipo se caracteriza por la tensión de los músculos y cuando se intentan súbitos movimientos de estiramiento, el músculo se contrae fuertemente. A medida que crece el niño, el músculo espástico se acorta resultando en deformidades de los miembros, pelvis y columna.

Atetosis:

En la atetosis, los miembros se ven muy diferentes a los del niño espástico. En este caso, se ven movimientos involuntarios y sin propósito. El control de movimiento es pobre e irregular y tiende a ser de naturaleza rotatoria. Muy a menudo, uno puede ver muecas faciales y espasmos musculares. Con este tipo de involucración facial y falta de control de los músculos de la lengua y boca, el poder hablar se hace muy difícil o hasta imposible de adquirir.

Ataxia:

La ataxia es la ausencia de la sensación de equilibrio, la falta de la sensación del cuerpo en el espacio, y de movimientos incoordinados. Es el tipo menos común de los tres que se mencionan aquí. Los niños atáxicos tienden a caerse frecuentemente.

Mixto:

Debido al hecho que más de un área del cerebro puede ser dañado, puede haber una combinación de varios tipos de parálisis cerebral. Usualmente, estos niños son cuadriplégicos y tiene espasticidad y atetosis.

Clasificación de acuerdo con la distribución corporal:

- monoplegia: un miembro afectado
- hemiplegia: un miembro superior y un miembro inferior del mismo lado afectados.
- paraplegia: los miembros inferiores afectados solamente.
- diplegia: mayor afección en los miembros inferioes y menor afección en los miembros superiores.
- triplegia: tres miembros afectados, generalmente un miembro superior y ambos miembros inferiores.
- cuadriplegia: mayor involucración de los cuatro miembros y tronco.
- hemiplegia doble o bilateral: similar a la cuadriplegia excepto que un lado del cuerpo está definitivamente más afectado.

(Ver dibujos en la página siguiente)

CAUSAS DE PARALISIS CEREBRAL:

Mientras que los detalles de las causas de Parálisis Cerebral están incluidos en el capítulo que trata sobre la prevención, el bosquejo a continuación de las causas más comunes debería ayudarle a uno a entender y ganar perspectiva sobre la magnitud de las influencias. Tres grupos mayores demarcan las causas: antes del parto (prenatal) y después del parto (postnatal).

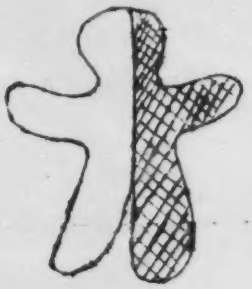
1. Causas Prenatales:

-hereditarias (causa muy rara)

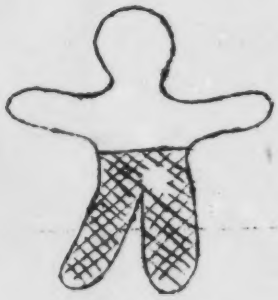
-infecciones en la madre durante el embarazo: rubeola en los primeros tres meses de embarazo, toxoplasmosis (una infección por un parásito), etc.

Involucración de los miembros

monoplegia



hemiplegia



paraplegia

diplegia

cuadriplegia

hemiplegia bilateral

-falta de oxígeno al cerebro fetal (anoxia fetal); torcedura o nudo del cordón umbilical, hemorragia por separación de la placenta, etc.

-incompatibilidad del grupo Rh.

-prematuridad: Un niño que nace con menos de 40 semanas de gestación y que pesa menos de 5 libras. "Prematuridad responde por el 33 a 60% de todas las causas de parálisis cerebral en los Estados Unidos." (Bleck, 175)

-enfermedades metabólicas, principalmente la diabetes en la madre y la toxemia durante el embarazo (que ocurre durante el último trimestre).

-causas desconocidas. Se estima que 30% de todas las causas prenatales tienen mal desarrollo del cerebro originado durante las primeras doce semanas del embarazo cuando el cerebro está completando casi todo su desarrollo.

2. Causas Perinatales:

-Trauma del parto. El cráneo del infante se puede distorcionar durante el período del parto. Ruptura de los vasos sanguíneos cerebrales o la compresión cerebral le causa daño. El peligro de trauma de parto aumenta si el bebé es muy grande, en partos difíciles, en partos podálicos o sentados ó cuando salen los pies de primero y en partos prologados.

-Falta de oxígeno (axfixia fetal, anoxia o hipoxia). Las células del cerebro no pueden sobrevivir mucho la falta de oxígeno. Algunas de las razones de anoxia pueden ser colapso del pulmón, neumonía ó demasiada sedación medicamentosa que intenta aliviar el parto difícil.

3. Causas Postnatales:

-Heridas o trauma craneal. Estos responden al 18% del total de las causas postnatales.

-infecciones cerebrales y condiciones tóxicas: meningitis (12%) infecciones virales (encefalitis) y productos químicos tóxicos (por ejemplo intoxicación por plomo). Este grupo responde al 5% de las causas postnatales de parálisis cerebral.

-hemorragias o coágulos cerebrales.

-falta de oxígeno al cerebro, por ahogamiento (asfixia por inmersión) paro cardiáco, etc.

-tumor cerebral.

Incapacidades asociadas con Parálisis Cerebral:

Por ser la Parálisis Cerebral una condición que daña a una o más áreas del cerebro, otros sistemas controlados por el cerebro pueden ser afectados también. Frecuentemente estas incapacidades asociadas pueden ser tanto o más invalidantes que el mismo problema motor. La siguiente información incluye algunos de los problemas agregados frecuentes que se pueden encontrar en un niño con Parálisis Cerebral:

1. Retardo Mental:

   En estudios de poblaciones grandes de niños con Parálisis Cerebral, por lo menos el 50% presentan retardo mental severo, con otro 25% que tienen algún grado menor de retardo mental. No podemos olvidarnos que un 25% de los niños con Parálisis Cerebral tienen una inteligencia normal o por encima de lo normal, a pesar de su condición física.

2. Problema de Convulsiones:

   El 86% de los niños espásticos y el 12% de los niños atetósicos presentan problemas de convulsiones. En los casos de parálisis cerebral postnatal, un 55% de los hemiplégicos espásticos tienen convulsiones. (Bleck, 1975).

3. Visual:

Muchos de estos niños son hipermetrópicos, o sea ven mejor a la listancia y otros son míopicos, o sea ven mejor de cerca. Esto se ve principalmente en niños prematuros," Aproximadamente 50% tienen algunos problemas visuales, generalmente debido a una variedad de anomalías de los músculos del ojo." (Scherzer, 1974).

4. Audición:

La pérdida de la audición es más común en los niños atetósicos. (Incompatibilidad por el factor Rh y Síndrome de rubeola).

5. Lenguaje:

Algún defecto de articulación y fonación y de lenguaje se presenta en 48-49% de los niños con parálisis cerebral.

6. Impedimentos perceptuales y visomotores:

Problemas de audición, dificultad en el habla, y problemas de aprendizaje relacionados a anomalías visomotoras son bastante frecuentes en niños con parálisis cerebral, no obstante el niño puede ser de inteligencia normal.

Razonamiento de un tratamiento temprano:

Al igual que en tod s las condiciones incapacitantes que influyen en el desarrollo en la edad preescolar, la detección y tratamiento temprano son de suma importancia. La siguiente información escrita por Berta Bobath, líder de técnicas en terapia para niños con parálisis cerebral, debería ser suficiente para enfatizar la importancia del esfuerzo precoz.

1. La Plasticidad del Cerebro Infantil:

En los primeros años de vida (especialmente los primeros

18 meses) el niño crece y desarrolla a un paso extremadamente rápido. "En ninguna otra fase de su crecimiento puede el niño aprender y desarrollarse con tanta rapidez. No sólo es un estado con el potencial más alto para aprender, sino también para ajustarse al daño cerebral." (Bobath, 1967).

2. La Importancia del Aprendizaje Sensorio-Motor:

Para todos los niños, el aprendizaje de movimientos depende de su actividad motora y su experiencia sensorial. Esta información sensorial es necesaria para iniciar y guiar el rendimiento o la producción motora. "El niño solo puede usar lo que él conoce, eso es lo que él ha sentido, lo que ha experimentado y lo que puede recordar." (Bobath, 1967).

3. El desarrollo mental del niño:

Se ha demostrado que la negligencia o la privación de actividades sensorio-motores es una causa de retardo mental en niños que nacieron con inteligencia normal. Los años tempranos de la vida son de vital importancia para el niño, es la época en que necesita una gran cantidad de estímulo sensorial que puede ser estobado por la condición de parálisis cerebral. Al ayudarle al niño a controlar y adaptar, en la manera más normal, el movimiento que hace en respuesta a un estímulo sensorial, se puede prevenir el retardo mental secundario.

4. Actividad Postural Refleja Anormal:

El niño con parálisis cerebral no solo demuestra persistencia en patrones motores primitivos y desarrollo insuficiente del mecanismo postural reflejo, sino que también presenta actividad postural anormal con un tono postural anormal. Este bloqueo en el proceso interfiere con el desarrollo de las reacciones posturales normales (enderezamiento de la cabeza, reacciones de equilibrio, etc.) necesarios para destrezas motoras más avanzadas. En el infante, la actividad postural

refleja anormal y espasticidad o atetosis no es usualmente muy severo, haciendo de esta manera el período en la vida del niño la más ventajosa para intentar cambiar el patrón postural anormal con la reducción de la hipertonía.

5. Prevención de Contracturas y Deformidades:

Las contracturas y deformidades no se presentan usualmente en un bebé, pero muchas veces se pueden ver los signos muy tempranos del desarrollo de ciertas deformidades; por ejemplo, asimetría corporal conlleva la tendencia a la formación de una escoliosis. El tratamiento temprano por la terapista física y la familia pueden ayudar a prevenir la formación de tales problemas secundarios como las contracturas y deformidades.

6. El Factor Tiempo:

"El tratamiento temprano, en casi todos los casos darán resultados mejores y más rápidos porque el niño aún no es muy anormal. El tratamiento es más fácil y la madre, si se le instruye en el manejo adecuado del bebé, puede llegar a ser un miembro activo en el programa de tratamiento con el resultado de que el infante reciba más tratamiento." (Bobath, 1967). Los problemas secundarios que pueden desarrollarse debido a inactividad y descuido, llevarán años para remediarlos, si es del todo posible.

QUE SE DEBE HACER:

Una vez que un niño se encuentra con un retraso en su desarrollo o tiene signos de parálisis cerebral, se le debe hacer una evaluación. En el examen o la historia del desarrollo se debe tomar en cuenta los siguientes puntos:

1. La historia del embarazo incluyendo también el período de labor de parto y el parto en sí.
2. La secuencia de los logros del desarrollo (etapas del desarollo).

3. Patrones posturales reflejos.

4. Otros signos más sutiles, tales como dificultad para succionar y para la alimentación, irritabilidad y tono muscular anormal.

Si el niño se diagnostica y se encuentra que es retardado, ya sea que la causa sea la parálisis cerebral u otro problema, el tratamiento temprano deberá tomar lugar con la participación de los padres en el hogar. Los programas individualizados deberán basarse en las necesidades específicas del niño y deben ser incluidos los servicios especializados requeridos para el remedio (por ejemplo, la terapia física).

El resto de este capítulo incluye información que deberá ser de gran ayuda a los profesionales y padres para que comprendan mejor los diferentes tipos de parálisis cerebral y qué se debe y no se debe hacer con este tipo de niño.

Nota: Se debe consultar con una terapista física antes de implementar cualquier programa que involucre entrenamiento motor extensivo para un niño con parálisis cerebral.

La mayor parte de las ideas siguientes fueron tomadas del "Pennsylvania Training Model" Motor Development: Normal and Abnormal (El Modelo de Entrenamiento de Pennsylvania "Desarrollo Motor: Normal y Anormal") por Ruth A. Keer, RPT y Susan Sullivan, RPT, y "El Manejo del Niño con Parálisis Cerebral en su Hogar", por Nancy Finnie,; Program Guide for Infants and Toddlers with Neuromotor and other Developmental Disabilities, (Programa Guía para Infantes y Niños Pequeños con Incapacidades Neuromotoras y de Desarrollo) por Connor Williamson y Sieppi.

ADVERTENCIAS PARA LOS PADRES DE NIÑOS SORDOS Y MEDIO-SORDOS

Por Jean Utley Lehman, Ph.D.

Se recomienda hacer lo siguiente:

1. Déle a entender al niño que Ud. confía en él y que está orgulloso de él.
2. Hágale comprender que toda su familia lo quiere y lo necesita.
3. Trátelo como si Ud. tuviera la seguridad de que el niño es capaz de hablar y que Ud. se da cuenta cuando él comprende lo que Ud. dice.
4. Juegue con él de modo que resulte divertido para los dos; haga que le mire a la cara cuando Ud. habla.
5. Juegue con él delante de un espejo de modo que el niño se divierta mirándolo e imitando sus gestos faciales.
6. Permita que el niño madure y se haga de responsabilidades.
7. Lea en voz alta y enséñele fotos y dibujos.
8. Hable con él y pida que otros le hablen también.
9. Déle oportunidad para desarrollar sus propias habilidades e intereses.
10. Hable con él en voz normal empleando oraciones completas.
11. Espere que él se comporte como otros niños de su misma edad y de su misma capacidad mental.
12. Permítale que haga solo aquellas cosas que él pueda hacer. Esto le da confianza en sí mismo.
13. Ayúdelo al enseñarle a actuar solo.
14. Emplee palabras alentadoras, positivas y específicas para así conseguir un buen comportamiento.
15. Elógielo mucho cuando progresa.
16. Coopere Ud. con el médico, el inspector de sanidad, el especialista en pedagogía, el maestro y el director de la escuela.
17. Enséñele a obedecer.
18. Hable con él cada vez más y más, no menos y menos.
19. Ud. tiene que tener mucha paciencia con el niño, asimismo, tiene que dedicarle mucho tiempo y hacer un esfuerzo especial al cuidarlo.
20. Tiene que explicarle cuidadosamente los sucesos más importantes en la vida familiar.
21. Si el niño es capaz de cir algo, aunque sea muy poco, Ud. debe aprovechar de esta capacidad porque es de gran valor en el proceso de

aprender a hablar, sobre todo para adquirir la capacidad de modular la sucesión de tonos en el lenguaje hablado.

22. Inmediatamente comience a adiestrarlo a usar sus ojos para reemplazar la falta de oído, o por lo menos para complementar su capacidad de oír.

23. Cuando habla con el niño procure que la luz le ilumine la cara. Si la luz está detrás de Ud. su cara quedará en la oscuridad y por lo tanto será muy difícil para el niño leer sus labios.

24. Enséñele al niño a distinguir entre las cosas que le pertenecen a él y las que son de Ud.

25. Procure hacer todos los días un resumen escrito de las actividades del niño.

26. Háblele mucho al oído pues así el niño adquirirá impresiones auditivas que un día le serán útiles en el aprendizaje oral de su lengua.

Se recomienda evitar lo siguiente:

1. No preste atención a las cosas imprudentes que sus vecinos y parientes digan acerca del niño.

2. No sienta que tiene que disculparse por el niño.

3. No se avergüence de él. Déle a entender que lo estima mucho.

4. No debe evitar que su niño juegue con niños normales porque él no habla y oye como los otros niños. Es muy probable que éstos sean sus mejores maestros.

5. No permita que el impedimento de su niño le preocupe. El niño se dará cuenta de su ansiedad y esto hará que él también se preocupe.

6. No olvide que el padre del niño también desempeña un papel muy importante en la vida de este.

7. Más vale evitar comparaciones entre el niño sordo y sus hermanos o niños del vecindario.

8. No se culpe a sí mismo. Empiece ahora mismo a ayudar a su niño.

9. No permita que ningún miembro de la familia lo mime.

10. Ud. debe hacer todo lo posible para que su niño crezca y se desarrolle como cualquier otro niño.

11. Evite la costumbre de hablarle con palabras sueltas. El niño probablemente comprende más de lo que Ud. se imagina.

12. No le hable en voz muy alta, es mejor hablarle al oído en una voz normal. Puede ser que su voz le resulte a él más alta de lo que Ud. cree.

13. No debe hacer todo por él.

14. No exagere los movimientos de sus labios porque entonces es más difícil leerlos.

15. No debe corregirlo cada vez que pronuncia una palabra. Acepte su manera de hablar alentándolo.

16. El progreso del niño no será irregular sino continuo.

17. Procure no ser Ud. mismo su mayor estorbo.

18. No sueñe con "tratamientos" y "remedios".

19. No pierda su tiempo y energías lamentando la mala suerte de su niño.

20. Nunca amenace al niño.

21. Una actitud negativa no adelanta nada. Haga hincapié en el progreso que alcanza el niño.

22. Al hablarle, no se muestre indiferente. Déle a entender al niño que lo que más le interesa hacer a Ud. es conversar con él.

TECNICAS BASICAS EN LA POSICION Y MOVILIZACION DEL NIÑO PROFUNDAMENTE INVOLUCRADO

Debido a que los niños profundamente afectados poseen tales habilidades motoras limitados, podrían adoptar patrones habituales permanentes en la posición acostado o llegan a estancarse en un nivel de desarrollo con patrones de movimiento estereotipados. Por lo tanto, las técnicas de posición y movilización son los puntos de partida para el manejo a estos niños.

Postura:

Por qué?

1. Se puede obtener una mejor alineación del cuerpo - esto puede resultar en prevención de contracturas posteriores, aumentar el arco del movimiento, prevenir en áreas de presión de la piel, y prevenir luxación de cadera y escoliosis severa.
2. El niño llega a estar más cómodo - con una posición apropiada se puede reducir la rigidez. Al disminuirse la rigidez, la respiración llega a ser más relajada.
3. El cuidado de enfermería llega a ser más fácil con un niño menos rígido y más relajado.
4. Se pueden utilizar posiciones diferentes para: promover el control de la cabeza, juntar las manos, incrementar el conocimiento del ambiente y mejorar la alimentación.

Cómo?

1. Acostado de lado. Tiende a ser una posición neutralizador entre el tono extensor y/o flexor. Si el niño está hiperextendido o tirado para atrás empiece en el lado opuesto de su patrón habitual. Utilice bolsas de arena para mantener la posición y una almohada entre las piernas para ayudar a aumentar el arco del movimiento de las caderas. El tener una pierna flexionada y la otra extendida ayudará a interrumpir el tono flexor y extensor excesivo. Esta posición permite relajar los hombros retraídos y juntar las manos en línea media adelante del cuerpo.

2. Boca Abajo o Prono. Es una buena posición para niños con tono flexor excesivo, mientras este no cause dolor. Provee la oportunidad para que un niño aprenda a usar mejor su cabeza - mantenga el pecho del niño alejado de la cama o alfombra con rollos, cuñas, etc. Promueve un aumento de arco de movimiento de hombros al mantener los brazos hacia adelante y el apoyo de peso en los codos o manos. El uso de una plataforma con rodines tipo patineta para recostar al niño y promover la postura boca abajo y estimular el movimiento y exploración con los brazos.

3. Boca arriba o supino. Esta posición no es recomendable ya que muchos niños ya han estado constantemente en esta posición. Pero si se tiene que usar, eleve ligeramente la cabeza y los hombros utilizando bolsas de arena y almohadas para mantener neutral el alineamiento de las piernas y los brazos.

4. Sentado. Esta es otra buena posición para estimular el control de la cabeza. Cuando se sostiene un niño en sus regazos, manténgalo erguido y deje su cabeza libre. Para los niños que tienen sillas, siéntelos lo más erguidos posible para que la cabeza no tenga apoyo completo. Para aquellos niños que no tienen silla, ingéniese alguna manera para tenerlos lo más erguidos posible. Cuando al niño se le sienta erguido por primera vez (y en la posición postrada) su cabeza se inclinará porque no ha tenido la oportunidad de desarrollar control de su cabeza. La posición sentada provee más oportunidad para que pueda identificar más prontamente lo que oye con lo que ahora puede ver.

5. Parado. Provee una posición adicional para ayudar a ensanchar el concepto del niño de su mundo. Una cantidad sorprendente de niños pueden pararse siempre y cuando no haya problemas de cadera o contracturas insuperables. El estar de pie provee un estímulo para la mejor formación de las articulaciones de las caderas, puede ayudar a reducir la tensión de la cadera, rodilla y tobillo y puede ayudar a reducir la probabilidad de fracturas en las piernas. El entablillamiento puede ser usado para ayudar a mantener la posición erguida (aparatos metálicos, revistas enrolladas para niños muy pequeños, y férulas de plástico y de yeso.)

Movimiento

Por qué?

Muchos niños profundamente involucrados han experimentado ya sea ningún movimientos voluntario o tienen algunos movimientos estereotipados, los cuales gradualmente aumentan su rigidez y sus deformidades. A través de la historia, se han satisfecho sus necesidades por medio de cuidado básico - baño, alimentación, vestido y cambio de pañales - y luego se les deja sobre una alfombra o la cama la mayor parte del día. Muy a menudo el personal teme mover a estos niños por miedo de hacerles daño o quebrarle una extremidad. Eventualmente, debido a la continua falta de experiencia de movimiento estos niños temen que se les mueva.

Cómo?

1. Movimiento para reducir el tono. En forma lenta y suave, rote, voltee mesa y gire de lado a lado para reducir la rigidez antes de intentar otras actividades. Esto facilitará el cuidado del paciente al cambiarlo de posiciones y colocarlo en la silla. Al inicio el niño podría oponerse o asustarse por los movimientos no acostumbrados, si se pone rígido, no se oponga. En vez de eso disminuya la velocidad de los movimientos hasta que el temor del niño haya desaparecido. A medida que se acostumbra al movimiento, el niño empezará a relajarse más rápidamente y comenzará a disfrutarlo.

2. Movimiento para aumentar el tono. Para un niño flojo, se puede utilizar movimientos más vigorosos para estimular mejor el control de la cabeza y el tronco. Cuando está sentado en el piso, sobre una bola o en sus regazos, rebote al niño como a caballo, usando si es necesario, el mínimo soporte de la cabeza, para evitar que la cabeza cuelgue incontrolablemente.

3. Movimiento para disminuir la congestión. Coloque al niño en la bola de tratamiento ya sea boca abajo o de medio lado. Empiece a moverlo lentamente en todas direcciones, bajando gradualmente, hasta que la respiración se calme .

   Con el niño muy pequeño esto se puede hacer cuando está sentado en una silla, coloque al niño con la cabeza hacia abajo en sus piernas estiradas y meza y mueva suavemente.

4. Movimiento para aumentar el arco de movimiento. Además de las sugerencias en el punto No. 1, el cuidado rutinario del niño provee una oportunidad de llevar al niño a sus arcos máximos de movimiento. Por ejemplo - sacar el pulgar de la palma de la mano, abrir los dedos completamente para lavarselos y secarselos; subir desde los codos (y no jalar desde las muñecas) para poder subir los brazos suficientemente para lavarle la axila y para meter el brazo en la manga de la camisa; usar un peñito y paño entre los dedos del pie; encoger y estirar las piernas individualmente (empuje desde la rodilla en vez de jalar del talón) para meter el pie en la pierna del pantalón y para ponerse los zapatos y medias; separar o abrir las piernas para el aseo de la área del perineo y para cambiar las mantillas; doblar, enderezar y rotar la cabeza para limpiar el cuello y los oídos.

El movimiento en las actividades del juego pueden servir también para aumentar el arco del movimiento. Mantenga el pulgar y los dedos abiertos para aplaudir, hacer tortillitas, golpear la mesa, etc. Mantenga los brazos del niño hacia adelante y lejos del cuerpo del niño con juegos como gigante, cómo tirar una bola y cómo sostener juguetes grandes. Use los juguetes grandes que usted puede ayudar al niño a rodarlos o tirarlos. Modifique el rebote, mecrese, juegos de movimiento como en "caballito". El movimiento en el juego no debe ser tan rápido como para que el niño se ponga rígido.

MANEJO DEL NIÑO ESPASTICO

Si es leve, la espasticidad podría ser mínima en los bebés.

Los brazos podrían parecer casi normales.

Los logros motores (puntos de referencia) podrían estar presentes aunque un poco retrasados.

El diagnóstico podría no hacerse hasta que el niño empiece a caminar (tarde) de puntillas.

Ya que las piernas están más involucradas, los brazos generalmente se usan para movilizarse por el suelo, jalando para enderezarse y pararse, etc. - entre más ocurra esto, más espásticos llega a ser las piernas.

Eventualmente, podría desarrollar contracturas de leves a moderados de las caderas, rodillas y tobillos.

Generalmente se sientan entre los talones en forma de "W" para la estabilidad.

Si es severo, la espasticidad podría ser marcada al nacer. Los brazos y las piernas podrían estar igualmente involucrados, pero un lado está más afectado - este es el resultado de la cabeza que cae casi siempre a un solo lado.

Los brazos podrían permanecer no-funcionales, las manos no pueden juntarse, no se presenta una verdadera presión, los brazos no se extienden para alcanzar.

Podría no aprender a rodar debido a la espasticidad en el cuerpo.

Si se coloca sentado, la espalda podría mostrarse encorvada marcadamente - el niño podría intentar quedar erguido por medio de tirar su cabeza hacia atrás.

Eventualmente se coloca en silla de ruedas para largos períodos de tiempo para que el niño pueda ver.

El peligro en las contracturas de los hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos, aumenta a medida que el niño crece - esto generalmente resulta en poco movimiento independiente y al sentarse demasiado.

No le gusta moverse o que lo muevan - prefiere que lo dejen solo.

DEBE	NO DEBES
1. Ayudar a mantener el tono cerca de lo normal por medio de mover lentamente y usar rotación para cambiar las posiciones.	1. Levantar al niño alzándolo por debajo de sus brazos y permitiendo que las piernas cuelguen.
2. Permitir cambios frecuentes de posición para evitar que se encoja.	2. Permitir que duerma, se vista o estimular el jugar sobre la espalda.
3. Mantener en movimiento y esforzarse por lograr mayores arcos de movimiento y mobilidad general en todas posiciones.	3. Permitir actividades que produzcan reacciones asociadas.
4. Proveer estímulo para animar al niño a moverse por sí solo - gradúe cuidadosamente para evitar que el estímulo lo ponga más espástico o duro.	4. Permitir que se siente entre los talones, gateo en brincos y deslizarse en la cama o el piso con los codos para aquellos que tienen potencialidad para caminar.
5. Guiar movimientos voluntarios - salir de patrones de flexión y extensión totales.	
6. Estimular la postura simétrica con la cabeza hacia adelante y en la línea media.	
7. Bajar y hablarle al niño al nivel de sus ojos.	
8. Estabilizar las caderas cuando está sentado para que los brazos y el tronco puedan trabajar mejor.	

CARACTERISTICAS DEL NIÑO FLOJO

Generalmente, son bebés que responden muy poco al ambiente, lloran muy poco.

Poca o ninguna respuesta al dolor o posiciones incómodas--hace poco o ningún intento para enderezarse.

En la posición supina, las piernas permanecen en posición de rana y los brazos a lo largo de la cabeza.

La cabeza puede quedar retraída o caída completamente cuando se le sienta.

Postrado, las piernas permanecen en posición de rana--no gira la cabeza.

No patea.

Respira lentamente y con poca profundidad--tiende a desarrollar problemas respiratorios.

Si se desarrolla el tono a medida que el niño crece es generalmente en espasmos extensorios--la actitud asimétrica tónica del cuello podría ser muy fuerte.

DEBES	NO DEBES
1. Trabajar simétricamente en actividades bilaterales manuales, manos a la boca, manos a los pies, etc.	1. Permitir solo actividades de una mano.
2. Trabaje para aumentar el tono muscular por medio de rebotar, comprimir la articulación, apoyo de peso.	2. Permitir posiciones de recostarse de espalda (boca arriba).
3. Use posiciones anti-gravitatorias para estimular el control de la cabeza y la reacción con el ambiente.	3. Proveer siempre apoyo total al niño.
4. Trate de retirar el apoyo para que el niño comience a usar su cabeza y el tronco independientemente.	4. Permitir que la cabeza caiga rápidamente hacia adelante o hacia atrás.
5. Proveer estimulación--sensorial, visual y auditiva.	

CARACTERISTICAS Y MANEJO DEL NIÑO HEMIPLEGICO

HEMIPLEGIA:

Afecta el brazo y la pierna del mismo lado

Generalmente muestra espasticidad (note la referencia sobre "espasticidad moderada").

Afecta la sensibilidad - más que en otro tipo de parálisis cerebral. No percibe los objetos, el tacto o los cambios de temperatura como en la otra mano. Podría no tener un buen sentido de la posición (saber donde está el brazo en el espacio).

No puede alargar la mano para protegerse.

Teme caerse del lado afectado.

Todo el peso y atención son para el lado sano

Generalmente solo se mira el lado sano

Habla normal: (excepto en casos de hemiplegia adquirida por medio de un accidente o un derrame cerebral).

Cuando camina: tiene problemas para apoyar el peso y para equilibrarse.

No puede hacer actividades que requieren ambas manos

El esfuerzo que hace para aprender cosas nuevas - hace que el brazo y la pierna afectados se pongan más rígidos y las usan menos y pone menos peso sobre las extremidades.

Muchas veces es hiperactivo desea probarlo todo

Debes

Estimular la postura simétrica
Estimular el lado afectado en:
Alimentación - enfoque o acercarse desde el lado afectado.
Si el paciente ve para ese lado y puede empieza a alargar su mano.
Si está comiendo en la mesa, coloque el brazo afectado en la mesa de tal manera que sea conciente de ella y pueda empezar a usarlo - en una actividad de ambas manos como sostener una taza.

Vestirse - ponga la camisa sobre la cabeza, luego introduzca primero el brazo afectado en la bocamanga, si le está poniendo el abrigo, introduzca el brazo afectado en la bocamanga. Introduzca primero la pierna afectada en los pantalones.

Baño - estímulo extra para el lado afectado con el pañito. Báñelo desde el lado afectado.

Dormir - sobre el lado sano con la pierna afectada y el brazo girado hacia el lado sano.
Postrado o boca abajo - extienda el cuerpo - gire la cabeza al lado afectado, la pierna puede estar flexionada y el brazo

Uso del baño: simétrico - ambos pies en el suelo

Juego - Intente que alcance y agarre (automáticamente) - con la mano afectada.
Tómelo por la mano afectada para caminar o guiarlo en el juego.
Actividades de ambas manos - una bola grande, juguetes que necesitan las dos manos.
Siéntelo sobre el lado sano - juegue con el juguete usando la mano afectada.
Siéntelo sobre el lado afectado - apóyese en la mano afectada.
Esto es apoyo de peso en la cadera y la mano.
Siente en una silla que sea conveniente, para que los pies se apoyen en el suelo.
La silla puede inclinarse hacia la mesa.

Patineta grande para acostarse boca abajo - permite que alcance con ambas manos.
Caminar de manos.
Suba una colina - en una rampa.
La natación es buena - trabaje en natación de espalda
Ayuda a aflojar los hombros.
Provee juguetes grandes que permita que use las dos manos.

No debe:

Lo mismo que para "espasticidad moderada"

No apresure al paciente

No le obligue a usar el lado bueno - que ya es bastante fuerte con esfuerzo adicional el otro lado puede llegar a ser más espástico.

No permita que se emocione demasiado.

Nunca diga "esfuércese más".

No espere que se mantenga al nivel de los niños normales - mientras que el paciente esté aquí.

MANEJO DEL NIÑO ATETOSICO

Como bebés podrían ser flojos y débiles - debido a debilidad, tienden a tener dificultades en la alimentación y la respiración.

Generalmente se dejan en sus espaldas así no pueden desarrollar el control de su cabeza.

Empieza a mostrar asimetría en la cabeza y el tronco muy pequeños.

A medida que el niño crece, se desarrolla más el tono muscular, generalmente en patrones totales de extensión.

Entre más se desarrolla el tono más se desarrolla la asimetría - esto puede conducir eventualmente a la luxación de la mandíbula, cadera y hombro. Puede conducir también a una escoliosis severa.

Los brazos están más involucrados que las piernas y muy a menudo tiran fuertemente los hombros.

Los movimientos se vuelven espasmódicos con cambios repentinos de mucho tono muscular a poco tono muscular.

No es capaz de moverse de modo uniforme de una posición a otra.

Los músculos alrededor de las coyunturas no se contraen para proveer estabilidad.

DEBE	NO DEBE
1. Manejarse lentamente, calmadamente y firmemente.	1. Permitir actividades que aumenten espasmos y/o movimientos involuntarios.
2. Estimule la cabeza en línea media línea.	2. Sobre estimular al niño ya sea verbalmente, físicamente o atmosféricamente.
3. Estimule la postura simétrica.	3. Pedirle al niño "que se esfuerce más".
4. Estimule actividades bilaterales manuales con juguetes que son fáciles de manipular.	4. Permitir al niño empujar su cabeza hacia atrás o volverse a un lado para lograr una actividad.

5. Posición postrada, prona boca abajo, de medio lado y erguida.

6. Permita que el soporte del peso recaiga en los brazos y las piernas.

7. Estimule al niño a hacer actividades fáciles y controladas.

8. Manejo con rotación a aquellos niños que también muestran espasticidad.

9. Hable al niño al nivel de sus ojos.

5. Pararse por encima del niño para hablarle para que el niño tenga que tirar su cabeza hacia atrás para verlo.

6. Permitir solo actividades de una sola mano.

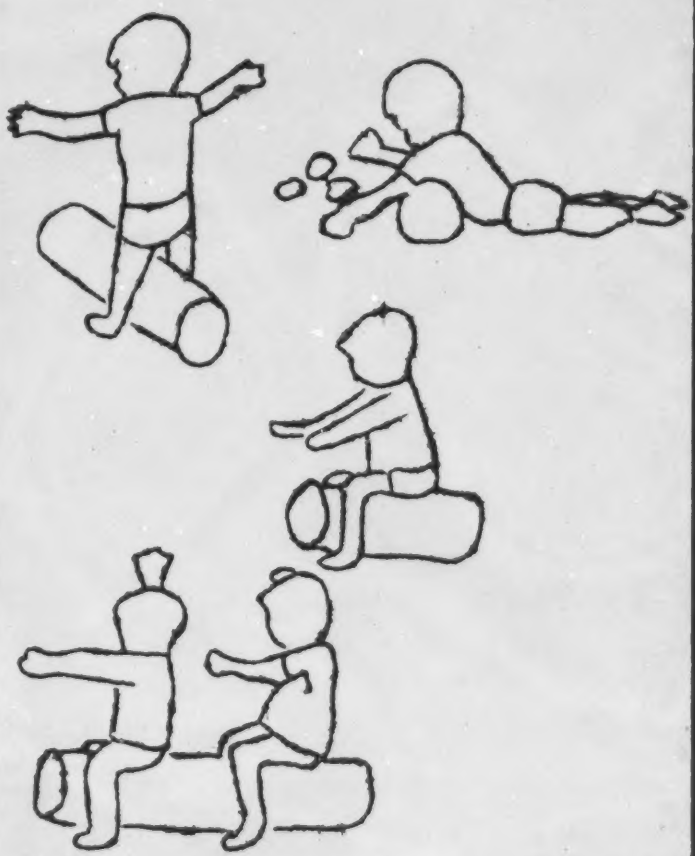
7. Permitir posiciones de espalda al vestir, alimentar o al dormir.

EQUIPO PARA TRABAJAR CON NIÑOS CON PROBLEMAS EN EL AREA MOTORA

A. Rollo o Bolillo:

Usos sugeridos:

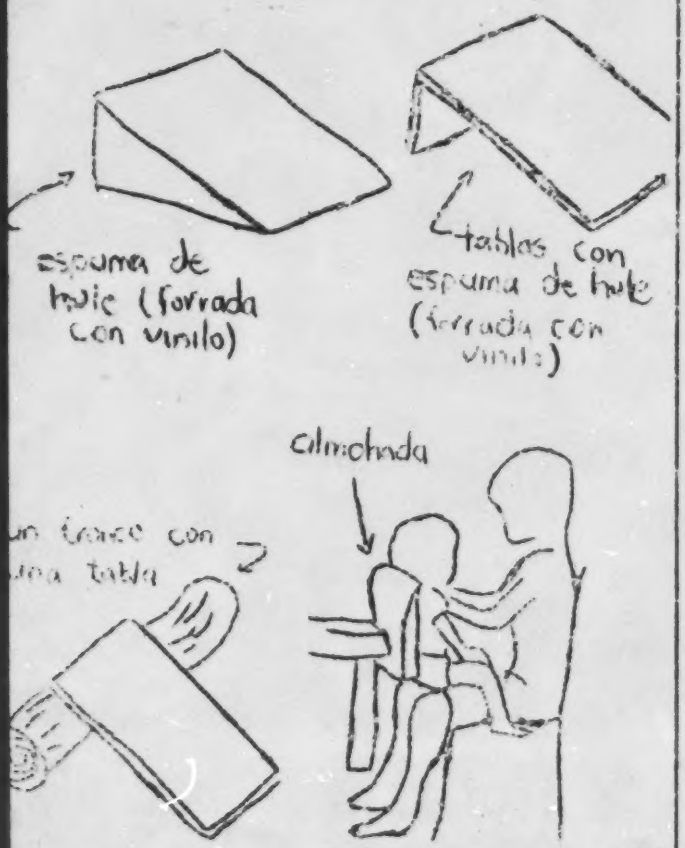
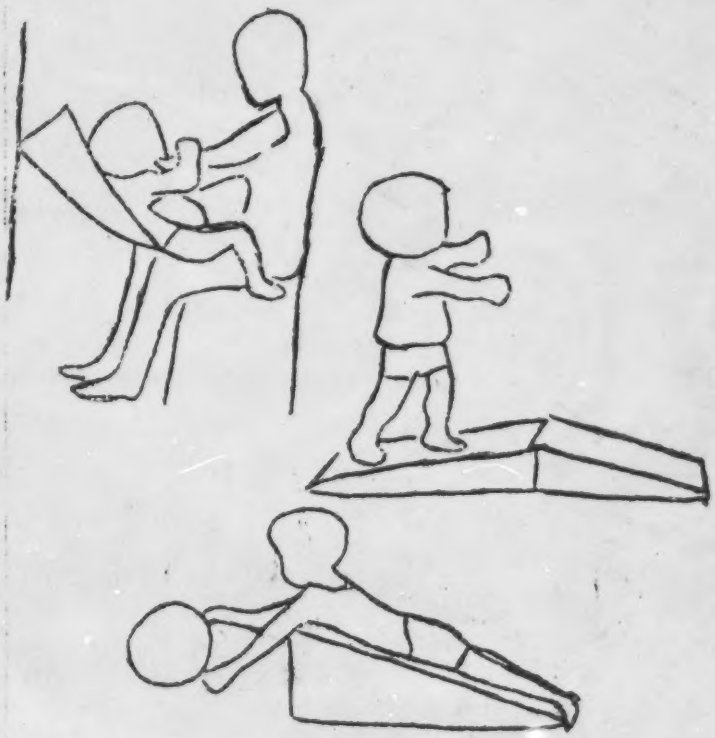
1. Posición prona.
2. Estimular extensión espinal, especialmente la extensión espinal torácica.
3. Estimular el enderezamiento de la cabeza en la posición prona.
4. Estimular el apoyo de peso en los antebrazos y manos con los codos extendidos.
5. Estimular el equilibrio sentado: hacia adelante, hacia los lados, hacia atrás (extensión protectora de los brazos y equilibrio, reacción de las piernas).
6. Estimular la abducción de las caderas sentado.

CONSTRUCCION O SUSTITUTOS	USOS
	

B. Cuna

Usos sugeridos:

1. Posición prona (boca abajo).
2. Estimular la extensión espinal en posición postrada (prona).
3. Estimular el enderezamiento de la cabeza en la posición prona.
4. Estimular el apoyo de peso de los antebrazos y manos con los codos extendidos.
5. Estimular la posición de línea media.
6. Puede utilizarse para librar las manos para jugar en la posición prona.
7. Posición supina (tendido sobre el dorso) para alimentación. Coloque la cuna en el regazo del padre de familia con la parte más ancha en el regazo (rodilla), contra la pared y recueste al niño sobre el dorso viendo al padre.

CONSTRUCCION O SUSTITUTOS	USOS
	

C. Asiento en triángulo

Usos sugeridos:

1. Estimular el balance al estar sentado.
2. Estimular la posición de línea media de los brazos.
3. Posición para alimentación y destrezas de motora fina.
4. Estimular la posición (cadera flexionada en abducción, con las rodillas extendidas.

CONSTRUCCION O SUSTITUTOS

USOS

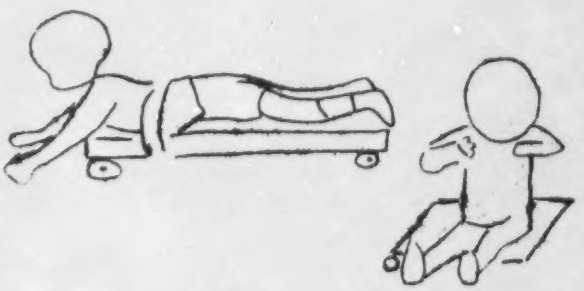
D. Tabla de Patinete:

Usos sugeridos:

1. Proveer estímulo vestibular.
2. Estimular el equilibrio en posición prona, supina y sentada.
3. Proveer forma de movilizarse hacia adelante en la posición prona.
4. Estimular extensión espinal, enderezamiento de la cabeza y reciprocación de brazos y piernas.

CONSTRUCCION O SUSTITUTOS

USOS

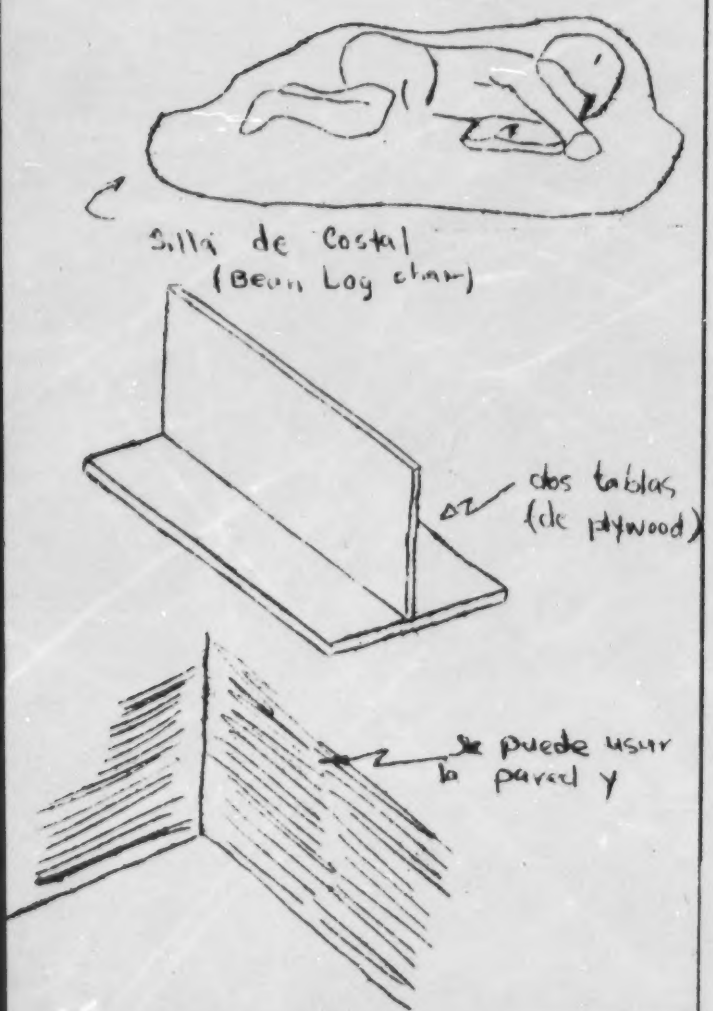


E. Posición de medio lado

Uso sugerido:

1. Es una posición muy útil particularmente con niños severamente involucrados que tienen un reflejo tónico cervical asimétrico muy fuerte, un reflejo tónico laberíntico y/o un patrón extensor del cuerpo total.
2. Ayuda a disminuir la espasticidad.
3. Ayuda a permitirle al niño juntar las manos en línea media.
4. Mantiene al niño pequeño en una posición que inhibe patrones anormales de movimiento y postura.

CONSTRUCCION O SUSTITUTOS

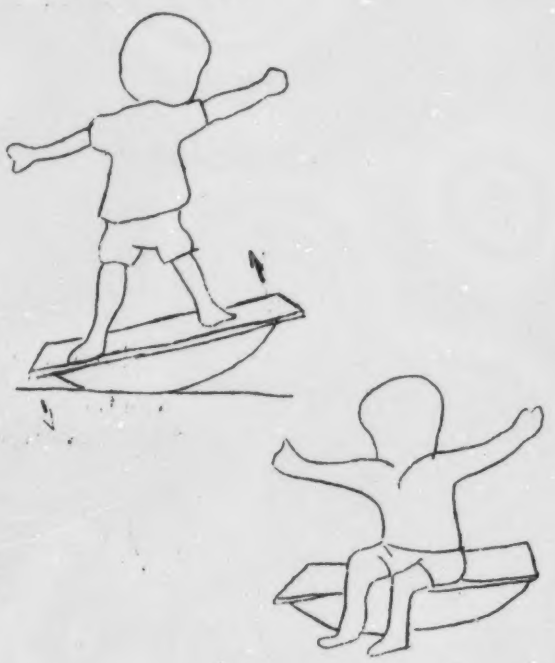


USOS

F. Tabla de equilibrio

Usos sugeridos:

1. Estimular la práctica de balance en posición prona, supina, sentada, arrodillada y parada.

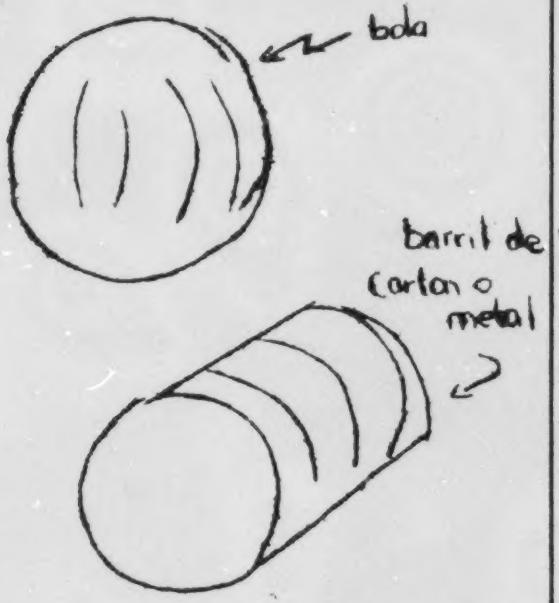
CONSTRUCCION O SUSTITUTOS	USOS
	

G. Bola de Playa:

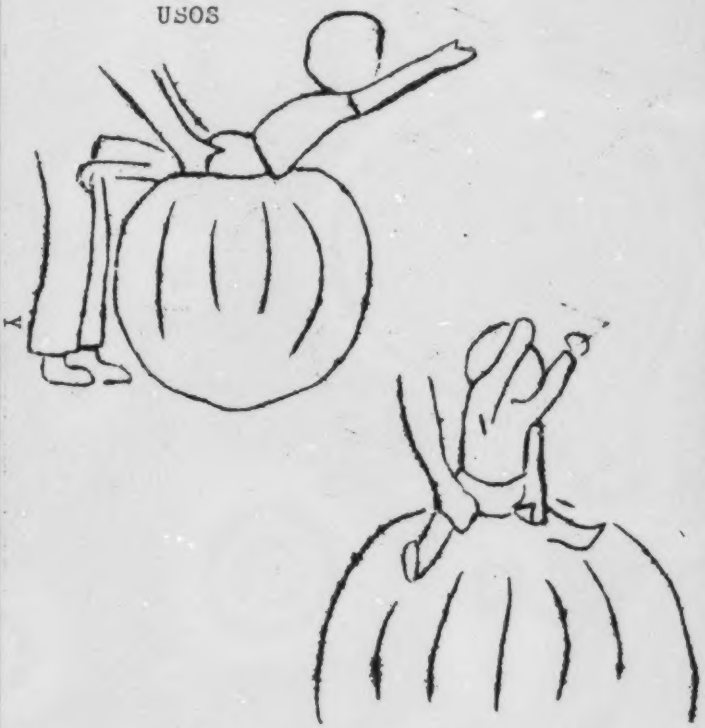
Usos sugeridos:

1. Estímulo vestibular.
2. Estimular la extensión protectora hacia delante en posición prona.
3. Estimular la extensión espinal en posición prona y supina.
4. Estimular el enderezamiento de la cabeza y rotación del tronco.
5. Balance en posición de sentado-hacia adelante, hacia los lados, y hacia atrás.
6. Apoyo de peso de los pies y balance al estar de pie cuando el niño se para contra la bola.

CONSTRUCCION O SUSTITUTOS



USOS



C A P I T U L O VIII

EVALUACION DEL NIÑO

EVALUACION DEL NIÑO

Los programas de estimulación infantil, ya sea en el hogar o en la escuela deben incluir una amplia gama de evaluaciones, más que solamente la evaluación estándar del desarrollo del niño. Por qué? Como se afirmó anteriormente el desarrollo del niño es influenciado por varios factores, uno de los más importantes es el efecto negativo o positivo de la familia y el ambiente físico del hogar. Por esta razón, los asistentes de salud rurales y/o los maestros que trabajan en el mismo campo de la estimulación infantil deben evaluar aquellas áreas que pueden o podrán afectar el desarrollo global del niño.

Además de las influencias del ambiente, los registros relacionados con los antecedentes médicos del niño deben incluirse.

Las áreas de asesoramiento son:

- área de desarrollo (motor, lenguaje, social, actividades de la vida diaria, etc.)
- condición general del estado físico del niño.
- antecedentes médicos del niño (y la madre en el momento de su embarazo y parto).
- ambiente del hogar (incluyendo tanto el estado emocional de la familia como la condición física del hogar en relación con la incapacidad del niño.

Se incluye en este capítulo unos breves comentarios respecto de las diferentes áreas de asesoramiento. Debido a que hay varias forma de evaluación disponibles en el área de desarrollo (por ejemplo, la Prueba Selectiva de Denver, Portage Project, materiales de la UNICEF, materiales del Ministerio de Salud/Departamento de Salud Mental), queda el criterio individual del trabajador el usar un sistema apropiado para sus necesidades individuales, entrenamiento y situación de trabajo. (Es aconsejable tratar de coordinar con otros que trabajan con niños "especiales" en programas de estimulación infantil para aquellos individuos

que trabajan con niños en la misma localidad geográfica). Muy a menudo el tipo o la forma de evaluación es dictada por un Ministerio o institución individual.

Ya que es imposible demostrar todas las pruebas disponibles; sólo se ha incluido una como ejemplo: La Prueba Selectiva del Desarrollo de Denver.

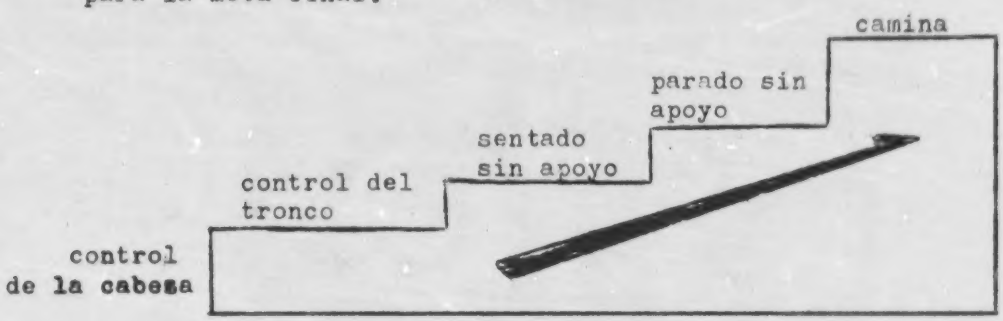
Evaluación del Desarrollo:

Uno de los primeros pasos de cualquier programa de estimulación precoz es evaluar a los niños involucrados. Las actividades no pueden ser asignadas sin antes conocer las áreas de dificultad y después, conocer el estado exacto del desarrollo en todas las áreas del programa (ya sea en motor grueso o lenguaje). Sin el beneficio de la prueba o la evaluación sería muy difícil para el intructor desarrollar una intervención sistemática y productiva.

Existen dos formas de asesoramiento que podrían usarse: (1) formal o (2) informal. Ya que el uso de pruebas formales requiere una gran cantidad de práctica, tiempo y experiencia y el ambiente de la prueba debe estar regulado para proveer las mismas oportunidades para todos los niños. El instructor en el área rural no encontraría práctico los tests formales para evaluaciones en el hogar. (En término de operación de un progrma de este tipo, no es realmente necesario que uno administre un examen formal. Si el instructor siente que el niño en cuestión, necesita este test, se pueden hacer arreglos por medio del hospital que tiene este servicio).

La evaluación informal es mucho más adecuada para el programa de estimulación infantil en áreas rurales. El test informal se basa en la secuencia del crecimiento normal. Los niños pasan a través de las mismas etapas del desarrollo a medida que aprenden nuevas destrezas. Algunos tienden a pasarlas a un ritmo diferente, pero todos pasan por la misma secuencia. (Una excepción es el niño con parálisis cerebral en el área

motor). Por ejemplo, antes de que un infante aprenda a caminar, primero tiene que pasar por las etapa del desarrollo que lo preparan para la meta final.



Con el objeto de encontrar el área de mayor necesidad o retraso, el instructor debe evaluar al niño en términos de su lugar en la escalera de desarrollo en relación con las edades "normales" de adquisición de destrezas. Una vez que esto se conoce el instructor puede asignar actividades aporpiadas para practicar el próximo paso. Para el asistente de salud rural o maestra de estimulación precoz que provean un "plan de trabajo" para niños retrasados en su desarrollo y/o incapacitados, el punto más crítico que se ha de considerar respecto del proceso de desarrollo son los pasos secuenciales opuestos a las edades "normales" de adquisición de destrezas.

La información incluida en el capítulo sobre Desarrollo del Niño Normal y Anormal deberían ayudar al instructor a evaluar a los niños con edades que oscilan entre 0-6 años. (Durante la evaluación, uno debería tener en mente que cada niño pasa por estas etapas a un ritmo diferente y que el período de tiempo normal puede oscilar de cuatro a cinco meses dependiendo de la tarea.)

Recolección de la información:

Las técnicas individualespara llevar a cabo evaluaciónes de desarrollo variarán dependiendo del trabajador. Aunque el tipo de datos necesarios

es básicamente el mismo para todos los programas, cada persona envuelta en el campo debe desarrollar su sistema individual para obtener la información necesaria. A continuación se muestra solo un método para completar la evaluación del desarrollo:

OBSERVACION

1. Paso inicial- El trabjador de salud o el maestro lleva a cabo una observación breve del niño mientras habla con los padres. De esta manera, el niño puede empezar a ajustarse a la presencia de un "extraño" en la casa. El trabajador puede completar varias áreas de evaluación por medio de observaciones del niño al jugar (con sus amigos o solo). Por ejemplo, en el área de desarrollo motor, uno puede observar si el niño puede caminar, sentarse solo, controlar su cabeza, coger objetos pequeños.

CONVERSACION

2. Por medio de un período de discusión con los padres, el trabajador reúne información sobre el niño en áreas tales como: social, independencia en actividades diarias, lenguaje,(por ejemplo, se alimenta el niño por sí solo? Juega bien con otros niños?).

CONTACTO PADRE-HIJO

3. Con la ayuda de la (participación) de los padres, el evaluador puede comenzar a dirigir la evaluación a las áreas en cuestión. Mientras el padre está trabajando con el niño, el trabajador puede observar el nivel de desarrollo del niño. (El instructor necesita dar las instrucciones del test antes de que el padre empiece a trabajar. Si no, el niño podría distraerse mientras los adultos conversan).

CONTACTO TRABAJADOR-NIÑO

4. Si hay dudas y el niño no teme trabajar con el asistente de salud rural o maestro, el evaluador puede terminar la evaluación por medio de trabajar directamente con el niño (por ejemplo, en áreas de desarrollo del lenguaje o motor fino).

Aspectos importantes que se deben considerar cuando se lleva a cabo una evaluación:

1. Cuando se está conversando con los padres o miembros de la familia, uno siempre debe analizar lo que el padre está diciendo en relación con nuestra propia observación. Los padres podrían malinterpretar la pregunta o no entienden exactamente lo que el evaluador quiere saber. Por ejemplo, un niño podría empezar a hacer sonidos como "mamá" sin entender la conexión entre la palabra y la persona. A menudo los padres suponen que el niño ha hecho la relación.

2. Cuando los padres o miembros de la familia están trabajando con el niño, deben permitirle al niño completar la tarea sin ayudarle. Los padres no quieren que su hijo fracase (lo cual es normal), pero es importante que el niño trabaje solo para que se pueda ver el nivel de habilidad en todas las áreas de desarrollo.

3. En muchos casos, el ambiente hogareño puede distraer al niño de la evaluación, dando así resultados inexactos, especialmente cuando hay confusión dentro del hogar, (por ejemplo, animales, hermanos, hermanas y vecinos corriendo y hablando por la casa). También, disminuyen las posibilidades de éxito las condiciones físicas de la casa (por ejemplo, debido a falta de luz, etc.)?

4. La condición física del niño debe considerarse en el momento de la evaluación. Si el niño tiene temor, está enfermo, cansado, etc. no podrá demostrar su habilidad.

5. <u>IMPORTANTE</u>: Las evaluaciones del lenguaje deben incluir tanto lenguaje receptivo como expresivo. Para entender dónde están las dificultades del lenguaje, es importante evaluar ambas áreas. Muchos individuos suponen que si una persona no habla, no entiende. Este no es siempre el caso. Por ejemplo, el niño con parálisis cerebral, con dificultades, motoras, incapaz de controlar aquellos

músculos necesarios para la formación de palabras, podría no tener ninguna dificultad para entender el mensaje verbal (aunque sea incapaz de hablar). Con esto en mente, se pueden usar formas alternativas de comunicación, basados en sus habilidades receptivas.

Para evaluar el lenguaje receptivo no-verbal con niños, uno puede usar objetos familiares para evaluar su entendimiento. Por ejemplo, de tres objetos (zapato, vaso, bola), permita que el niño señale o indique de cualquier manera posible el objeto nombrado. Un simple no-si como respuesta (de cualquier manera) puede ser usado para evaluar sus destrezas receptivas.

EVALUACION DEL NIÑO:

Las siguientes áreas deben ser incluidas en la evaluación completa del niño:

1. Historia médica del niño: (incluyendo cualquier información relacionada, respecto de la madre u otros miembros de la familia).

2. Exámenes físicos o médicos: (incluyendo el neurológico)

3. Una evaluación del desarrollo: (Denver, Portage Project, etc.)

4. Evaluaciones especiales:

   --evaluación de la audición (para aquellos niños con retrasos en el desarrollo del lenguaje).
   --evaluación motora por el fisioterapista (para aquellos niños que tienen retrasos motores relacionados con la condición de parálisis cerebral o alguna otra incapacidad motora. Debería incluir una evaluación de la alimentación).
   --evaluación visual.

5. Dental

Evaluación de las necesidades de la familia:

El nacimiento de un niño incapacitado puede causar tensión tanto física como emocional, dentro de la familia. Antes de que los aspectos de un programa basado en el hogar sea diseñado aquellos individuos que trabajan con la familia deben estar conscientes de:

--el nivel económico y educativo de la familia(lo que ellos pueden proveerle al niño).

--estado de sauld de la familia (especialmente la persona que se encarga del niño).

--el nivel emocional y/o de aceptación de los miembros de la familia (especialmente la madre y el padre).

--el entendimiento de la incapacidad por parte de los miembros de la familia.

--el entendimiento de estimulación infantil por los miembros de la familia.

EVALUACION DEL AMBIENTE DEL HOGAR:

Ya que el niño pasa casi el 100% de su tiempo en el hogar, se debe incluir el ambiente físico en la evaluación global. La calidad y la cantidad del desarrollo del niño podrá ser influenciado por los factores que le rodean:

-la situación física: Si hay mobiliario para satisfacer las necesidades especiales del niño, especialmente del niño con parálisis cerebral.

-la estimulación visual: si el niño tiene suficiente cantidad de estimulación o la luz o su posición no permite la exploración visual.

-materiales y juguetes: si el niño tiene juguetes o materiales relacionados a sus necesidades (nivel de desarrollo) del niño. Si el niño es retrasado en el área de lenguaje, por ejemplo, tiene él materiales para estimular la comunicación verbal?

-seguridad del ambiente del hogar: está el ambiente del hogar acondicionado para el niño ciego,(por ejemplo, existe la posibilidad de caerse o golpear cosas mientras explora, artículos que podrían causar daño físico); para un niño con parálisis cerebral que podría pasar una gran cantidad de tiempo en el piso, está suficientemente limpio o está contaminado por los animales que andan por la casa.

CONCLUSION:

Nunca se debe pasar por alto las importancia de la evaluación ya sea en el área de desarrollo normal o en el ambiente físico y emocional del hogar. Para empezar, un programa sin la información (resultados) obtenidos a través de varias evaluaciones es como comenzar la construcción de una casa sin los planos. El trabajador necesita saber exactamente dónde está ubicado el niño en el gráfico del desarrollo, cuáles son las influencias negativas y positivas en el niño (ya sea su salud, el estado emocional de la familia, etc.) y cuáles son las características o influencias de la incapacidad del niño en relación a su desarrollo e interacción con el ambiente, para desarrollar un plan de trabajo sistemático y completo.

CAPITULO IX

EL TRABAJO CON LOS PADRES

EL TRABAJO CON LOS PADRES

"Debemos recordar que el niño vive día a día, semana a semana y año a año en medio de una familia, de quien recibe el más importante y más duradero concepto de sí mismo, como un ser humano valioso, único, que vale la pena".

Todos los instrumentos, entrenamiento, experiencia y conocimiento que tienen los profesionales serán de poco valor, a largo plazo, si los padres no están involucrados e incluidos en el programa de entrenamiento global del niño incapacitado. Cuando uno habla de proveer un servicio integrado de rehabilitación y educación, es extremadamente importante que a los encargados primarios del cuidado se les dé la oportunidad de participar. Muy a menudo, como profesionales hemos considerado y tratado a la unidad familiar como el último intento para tratar con la incapacidad del niño.

Por qué debemos considerar, incluir y entrenar a los padres? Observando el tiempo de contacto personal entre Padres-Hijos versus PROFESIONAL-NIÑO debe ser suficiente indicación de la importancia de la familia. Por ejemplo, para un niño que no está incluido en un programa especializado, pero que podría tener una hora al mes de contacto con personal médico, ese niño podría pasar solo una hora de las 720 (el mes completo) recibiendo cuidado médico o de rehabilitación. Para un niño que afortunadamente ha sido incluido en un programa especializado de estimulación precoz que ofrece 6 horas de entrenamiento en la escuela y 2 horas al mes en la casa, ese niño podría pasar 26 horas de las 720 horas al mes en contacto con la ayuda profesional.

Entonces, qué significa esto? Significa que los padres y los miembros de la familia deben considerarse como responsables primarios del niño. Estos individuos necesitan ser incorporados en el entrenamiento del niño incapacitado y deben ser incluidos en el planeamiento. Si los padres no están de acuerdo o no entienden las técnicas que se necesitan hay poca oportunidad de que puedan alcanzar un trabajo satisfactorio.

El Dr. Earl Schaefer afirma:- "los profesionales podrían ser más económicos y más eficientes si intentan cambiar la conducta de los padres hacia el niño, en vez de tratar de cambiar la conducta del niño por medio de la intervención directa." El desarrollo del programa y la operación deben incluir a los padres, ya que sin su ayuda, el trabajo está perdido.

Para que el "equipo" funcione al máximo, cada miembro debe ser estimulado y educado. Para el profesional que nunca ha tenido un contacto extenso en el manejo o cuidado del niño incapacitado, es importante que comprenda el papel, responsabilidades y las dificultades a que se enfrentan los padres. Por otro lado, los padres necesitan conocer su papel para aceptar sus responsabilidades y para cooperar con aquellos profesionales que trabajan con el niño. Para que los padres sean motivados para continuar su labor, necesitan ayuda técnica, apoyo emocional y estímulo, pero el profesional también tiene sus necesidades. Para que sean motivados a cumplir su cometido a los padres y al niño, es importante que los padres cooperen y completen aquellas tareas que son suyas. La comunicación, el apoyo y el estímulo deben ser considerados una interacción de dos vías.

ADAPTACION A LA INCAPACIDAD DEL NIÑO:

Aunque es difícil entender exactamente lo que cada padre tiene que enfrentarse individualmente al tratar con un niño incapacitado, aquellos que trabajan con niños excepcionales deben tratar de ponerse en la posición de aquellos adultos que proveen el ambiente familiar.

El conocimiento de la incapacidad del niño por los padres en la mayoría de los casos se adquiere por su contacto con el personal médico, por esta razón estos profesionales deben estar preparados para relacionarse con la madre y el padre de una manera positiva.

La siguiente información debería servir de ayuda para comprender el patrón de adaptación de los padres y lo que los profesionales pueden hacer para proveer apoyo técnico y emocional a los responsables del cuidado primario del niño.

El nacimiento de un niño es un evento especial, uno que normalmente trae gozo a la familia y amigos. Por nueve meses, los miembros de la familia discuten algunos asuntos como: si el niño será hombre o mujer, si jugará fútbol o si parecerá a su madre o padre. El momento del nacimiento es el tiempo en que se da respuesta a muchaspreguntas.

Pero para algunos, el nacimiento de su hijo trae tristeza, temor y muchas preguntas sin respuesta. Para esos padres que se enfrentan al impacto de que su hijo recién nacido se enfrente al mundo con una condición de incapacidad, la vida ha tornado un giro inesperado.

No toda persona reaccionará de la misma forma al nacimiento de un niño "excepcional". Algunos padres ni siquiera se darán cuenta de su situación hasta que puedan ver que su hijo no está siguiendo el ritmo de las etapas del desarrollo normal. Pero cuando el hecho es claro, la reacción de los padres dependerá grandemente en las actitudes, consejo y la información dada por los profesionales al momento de la confrontación o enfrentamiento.

Estudios han demostrado que los padres tienden a pasar por una serie de reacciones cuando se enteran de la condición de su hijo. En un intento por ajustarse a su situación, los involucrados experimentan:

1. Negación-- para los padres que no estén esperando el nacimiento de un niño incapacitado, la negación temporal los protege del

impacto. Pero los padres no pueden permanecer en este estado ya que la negación los aisla de la realidad a que pronto tendrán que enfrentarse.

2. Aflicción o luto-- Una vez que los padres empiecen a tratar con la incapacidad de su hijo, les sobreviene un sentimiento de desesperanza. "Qué pasó con nuestro niño normal"? "Nuestro niño nunca será como los otros".

3. Ansiedad-- Las preguntas empiezan a llenar las mentes de los padres. "Qué hago ahora?" Podré cuidar a este niño? Los padres empiezan a cuestionarse porqúé les pasó esto y cómo les afectará el futuro. Deberían tener más hijos?".

4. Culpa--A medida que surgen preguntas a los padres y buscan razones por las cuales nació su hijo "especial", la madre y el padre podrían experimentar grados de culpabilidad relacionados con las preguntas desconocidas. "Hice algo que pudiera haber causado daño?".

5. Depresión-- Algunos desvían su culpa e ira interiormente en la forma de auto-castigo. Quizás, uno se sienta indefenso y sienta lástima de sí mismo. Muy a menudo los padres sienten un grado de pena y vergüenza por su niño que los puede colocar en un aislamiento social.

6. Ira-- A menudo la depresión es seguida por la ira. Quizás uno estalle con otros individuos: miembros de la familia, amigos, profesionales. Este período puede ser positivo si se dirige en la dirección apropiada. Una vez que ha pasado la depresión, el padre podría moverse en una acción constructiva.

7. Regateo o Pactos: -- Al tratar con la situación de criar a un niño incapacitado, los padres quizás busquen una "cura" a través de algún compromiso con su religión o por otras formas de sacrificio.

8. Adaptación:-- Esta es la etapa final que se necesita para empezar el trabajo.

AYUDA DE PROFESIONALES:

No importa cómo reaccione el padre, sus sentimientos deben de tomarse en cuenta por los profesionales que trabajan en el campo del cuidado de salud infantil y estimulación infantil para niños incapacitados o retardados en su desarrollo. Cómo y a qué punto se adaptan los padres a la labor depende en gran medida de su contacto y ayuda de los profesionales, o del lado negativo, de su falta de ayuda. El golpe devastador de que su hijo tiene una incapacidad es algo que no pueden y no deben manejar por sí solos.

Pero muy a menudo el personal médico, y educativo no son capaces de proveer ayuda, ya que ellos también no están informados y no son capaces de manejar sus propios sentimientos de criar al niño incapacitado, Lo que los profesionales pueden hacer para ayudar:

1. Aquellos que trabajan con recién nacidos y sus padres y aquellos relacionados en el campo de la educación especial necesitan ser informados de defectos congénitos y de condiciones incapacitantes. Como parte de sus responsabilidades y como profesionales deben ser capaces de proveer información a aquellos individuos en necesidad como un medio de estímulo a la prevención y como una forma de proveer apoyo técnico y emocional a los padres.

2. Los padres deben ser informados respecto de las características de la incapacidad y cuáles podrían ser algunas de las causas de la condición, ya que:

   --si los padres están planeando tener otros hijos se debe considerar la orientación genética (si está disponible).
   --una de las posibles causas de culpa en los padres es la falta de entendimiento acerca de cuáles son las causas (lo cual es fomentado por la falta de información acertada respecto de los defectos congénitos). Por ejemplo, es común culpar a los padres por la condición de su hijo debido a que es un bebedor.

3. Aunque la cantidad de tiempo con el paciente o los padres es limitada, debe haber consideración a los sentimientos del padre y la madre. A menudo algunos padres experimentan aislamiento por parte de la familia y amigos y el trabajador profesional podría ser el único capaz de entender la carga presente y su futura labor. Si los padres se sienten bien acerca de ellos mismos y entienden el desafío a que se enfrentan, teniendo metas reales para su niño, entonces tenderán a tener un mayor deseo de trabajar con su hijo o hija.

4. Cuando se explica el diagnóstico, las características de la condición y la terapia o las actividades que se necesitan, los profesionales (médicos, maestros, terapistas), deben hablar al mismo nivel de los padres. No se les debe hablar como si fueran ignorantes, pero uno debe hablar con ellos a su nivel para que ellos lleguen a ser trabajadores activos con su niño.

5. Trate siempre de enfatizar los aspectos positivos en contraste con los negativos. Los padres tendrían poca esperanza si se les dice lo que su hijo no puede hacer. Para ser un maestro eficaz, la madre y el padre necesitan ser estimulados para que ejerzan una influencia positiva en su hijo.

6. El personal médico y educativo, especialmente en la ciudad capital o áreas urbanas debe estar consciente de las dificultades del individuo rural en relación al uso de los servicios en San José. (Los comentarios basados en las experiencias recibidas al trabajar en la provincia de Guanacaste).

   --para el padre rural de nivel económico más bajo, el transporte y los gastos diarios incurridos en las citas médicas en San José pueden ser exagerados, especialmente para aquellos individuos quienes tienen citas frecuentes en la capital.

   --muchos individuos de nivel económico bajo, que viven en las áreas rurales son bastante pasivos. Además, a estos individuos se les dificulta obtener entrenamiento en áreas aparte de la agricultura. Pocos harían preguntas si no entienden el disgnóstico o la terapia. Muy pocos lucharían por una situación que crean que es injusta.

7. Como profesionales que trabajan con padres de niños incapacitados, se debe hacer un gran esfuerzo por influenciar un cambio en varias áreas de servicios especializados, (por ejemplo, terapia física) de la capital o Meseta Central a los hospitales regionales. No es que la calidad de los servicios de las áreas urbanas sea mala, pero el contacto tan limitado entre el especialista (terapista) y el paciente no provee suficiente tiempo y estímulo. Lo que se necesita es contacto frecuente o seguimiento para reforzar y proveer actividades adicionales para el niño. (Los niños menores de 5 años se desarrollan rápidamente. No es un caso aislado el que un niño de año y medio pase por varias etapas del desarrollo en menos de tres meses y por lo tanto necesita diferentes actividades para el desarrollo avanzado).

8. Como todos los individuos, los padres necesitan ayuda continua y positiva en su trabajo con su hijo. Muy a menudo un padre pierde la fe en su esfuerzo porque el desarrollo de su niño

"excepcional" se lleva a cabo lentamente, dependiendo de su niño individual y su problema específico. En otras ocasiones, un padre podría ignorar si las técnicas son aceptables o no si se está tratando al niño de manera incorrecta.

9. El personal médico y los maestros deben estar conscientes de lo que le están diciendo a los miembros de la familia porque muy a menudo, los padres interpretan la información verbal de manera diferente a lo que se pretendía. Probablemente sea porque no comprenden la terminología utilizada o quizás sea porque están interpretando lo que quieren oír. Un médico le dijo a una madre que su niño de año y medio con parálisis cerebral jamás sería normal y que no había nada que podría hacerse por el niño. Desde ese momento hasta la edad de 4 años, el niño fue dejado en cama porque su madre tenía poca esperanza. Sea que la madre malinterpretó lo que el doctor le quiso decir o sea que el doctor mismo realmente no estaba consciente de las posibles alternativas para un niño en esta condición, el resultado final es el mismo, un ambiente no estimulante por un período de 2½ años, que causó un retraso aplastante en el desarrollo y un aumento en las condiciones de incapacidad secundarias.

10. En los casos en que las actividades del hogar, se le encomiendan a los padres, los trabajadores de salud, terapistas, doctores y/o maestros deben proveer información escrita o ilustrada en lugar del método de solo "palabra de boca". Cuando el padre haya regresado a casa, es muy fácil que olvide la actividad y todas las técnicas y movimientos diferentes.

11. Los profesionales deben estar conscientes del lugar en donde los padres puedan buscar servicios especializados y si se necesita, el niño debe ser referido a aquellos servicios (terapia física, evaluaciones especializadas, etc.).

12. En el tratamiento médico por medio de drogas, por ejemplo, control de convulsiones, los padres deben ser informados del tipo de droga que están utilizando, cuándo debe ser administrado y qué efectos trae consigo. Además, deben hacerse evaluaciones periódicas para ver si la droga está mejorando la condición del niño. Por ejemplo, a una madre se le informó cuándo y porqué debía darle la medicina para controlar las convulsiones (dos veces al día) así que ledio la dosis completa en la mañana. El niño no pudo funcionar por casi toda la mañana. Una vez que la dosis fue dada tal y como se necesitaba, una dosis por la mañana y una por la tarde el niño llegó a ser un estudiante que respondía más. Este mismo niño fue dejado en tratamiento por un período de dos años sin ningún tipo de reevavaluación acerca de la necesidad actual de medicamento y la dosis requerida.

13. Los profesionales deben recalcar a los padres la importancia del ambiente familiar en el desarrollo del niño y la necesidad de aceptar al niño como miembro de la familia. Los padres deben estar conscientes de: cómo el ambiente familiar afecta al niño en áreas de desarrollo y cómo la incapacidad del niño podría cambiar o afectar a la familia.
--la presencia de un niño incapacitado puede traer alegría y tristeza en la vida familiar. La alegría puede recibirse o ganarse por medio de la participación conjunta de la familia completa, trabajando juntos para ayudar a su hijo o hija (hermana o hermano). La tristeza y el conflicto pueden surgir cuando la familia no es capaz de trabajar junta. Ambós padres deben compartir esta tarea. Muy a menudo, una persona acepta toda la responsabilidad y el otro se retrae o queda fuera de la relación.
--el niño "excepcional" necesita ser parte de la familia, recordando siempre que otros niños también necesitan tiempo y afecto. Muy a menudo, otros miembros de la familia son descuidados.

--no permita que los hermanos y hermanas sean los que cuiden perpetuamente al niño incapacitado. Pueden recibir un gran placer ayudando en el cuidado y entrenamiento de su hermana o hermano. Pero, para que sean verdaderamente una ayuda, deben estar dispuestos a proveer ayuda de manera positiva. Esta actitud positiva no puede ser alcanzada si los hermanos y hermanas se les obliga a gastar todo el tiempo disponible en su familiar incapacitado.

--es natural que los padres sobreprotejan a su niño "especial". Pero si los miembros de la familia le hacen todo a su hijo o hija (hermano o hermana) nunca tendrá la oportunidad de desarrollar las destrezas y su deseo de independencia.

--el niño incapacitado no debe ser protegido de todos sus errores. Todos aprendimos por medio de experimentar con nuestro ambiente, por nuestros logros y nuestros errores. Pero, por otro lado, uno no debe crear situaciones que sean irreales para el nivel de desarrollo del niño. La motivación se adquiere del éxito y el logro.

--un ambiente familiar positivo podría estimular la independencia en el niño, dándole la motivación para aprender y explorar. Si se le premia con acciones positivas el deseo de intentarlo estará presente. Si continuamente se le dice lo que no puede hacer, tendrá poca motivación o deseo para intentar tareas nuevas y más difíciles.

--los padres deben estar conscientes de que, como todos los niños, el niño incapacitado debe aprender a comportarse de manera aceptable para que pueda ser aceptado en las relaciones sociales. A menudo el mayor obstáculo a la aceptación social del niño incapacitado no es la incapacidad como tal, sino la conducta inapropiada del niño. El ambiente familiar es el campo de entrenamiento del niño y se le debe instruir desde temprano.

NECESIDAD DEL MANEJO DE LA CONDUCTA:

Dentro del mundo adulto, la mayor parte de nuestra conducta se guía por leyes o reglas informales para establecer el orden dentro de nuestro sistema, ya sea en los deportes, en nuestra vida familiar. Sin estas pautas establecidas, nuestro mundo sería confuso, una anarquía.

Dentro de la vida del niño, se aplican muchos de estos mismos principios. El fijar límites a los niños es sumamente importante para estimular la buena conducta y gobierno de sí mismos, lo cual necesitan para desenvolverse dentro de su vida de familia y su comunidad. Los niños necesitan ayuda y guía para aprender lo que la sociedad considera conducta apropiada, especialmente cuando empiezan a participar en el mundo social, después de abandonar una existencia centrada en sí mismos. El niño "especial" no es diferente. El aprender lo que es aceptable y lo que no lo es.

A los padres se les debe dar ayuda para que desarrollen las destrezas necesarias para disciplinar y manejar la conducta del niño. Todas las técnicas utilizadas en el manejo de la conducta para niños "especiales" son las mismas que la de los "normales", pero siempre parece más difícil dependiendo del tipo de incapacidad y/o de la reacción de los padres y la familia hacia la incapacidad. A menudo los individuos no tienen el corazón para castigar a un niño "excepcional". Pero, si el niño ha de aprender una conducta apropiada, se le debe dar pautas y ejemplos a seguir. Todos los niños necesitan algún tipo de disciplina para aprender a desenvolverse en sociedad, pero la disciplina no necesariamente tiene que ser en forma de castigo físico.

Cuando se trabaja con los padres del niño incapacitado o retrasado en su desarrollo, es importante explicarles que sus niños demostrarán algunos de los mismos problemas de conducta que sus hermanos y hermanas. Ellos también pasarán por alto "las leyes del hogar" mientras juegan y experimentan con la independencia y mientras intentan controlar su ambiente. Sus experiencias y sus reacciones ante estos intentos serán usados para

desarrollar destrezas sociales, las cuales se necesitarán en sus años futuros. Pero los padres deben comprender que lo que pareciera conducta inapropiada podría ser debido a su incapacidad. Por ejemplo:

1. Para el niño sordo o parcialmente sordo que no es capaz de comunicar todas sus necesidades o que ha sido aislado del mundo que le rodea debido a su falta de destrezas de comunicación, podría experimentar un alto grado de frustación. Podría utilizar todos los médios posibles para atraer la atención o para intentar controlar su ambiente.

2. Para el niño con parálisis cerebral de inteligencia normal que no es capaz de caminar o mover sus manos para manipular objetos, podría tener gran dificultad para interaccionarse con su ambiente sin la ayuda de otros. Posiblemente, llore o grite cuando alguien le quita su juguete o podría enojarse cuando no se le permite participar en las actividades de la familia.

3. Para el niño ciego que debe depender en su mayor parte de la comunicación verbal para saber qué está sucediendo en su ambiente, posiblemente insista en dominar la conversación, lo cual podría molestar a otros.

A menudo la conducta inaporpiada del niño incapacitado podría eliminarse al comprender las necesidades individuales del niño y por medio de proveerle formas alternativas o adicionales de comunicación. Generalmente, es muy difícil saber si el niño está tratando de expresar alguna necesidad o deseo o si está actuando para llamar la atención. El trabajador de salud o el maestro deben tratar de enseñarle a los padres como trabajar con su niño con la esperanza de desarrollar una conducta social apropiada.

Los puntos siguientes deberían considerarse por los padres a medida que deciden cómo disciplinarán a su hijo:

1. "Para que sea verdaderamente efectiva, la disciplina no debe ser severa, sino consistente". La consistencia es uno de los factores, más importantes en el trato con el niño, sea incapacitado o no. Si los padres están tratando de eliminar cierta conducta inapropiada (por ejemplo, lanzar vasos), los padres deben castigar al niño cada vez que comete la falta. Si al niño se le permite lanzar vasos sin ser castigado, y al día siguiente se le castiga, él tendrá mucha dificultad para distinguir qué es aceptable o inaceptable.

2. La incapacidad del niño debe ser tomada en cuenta cuando uno determina cuál es la conducta apropiada. Por ejemplo, los padres no deben castigar al niño porque derrama la comida mientras está comiendo si tiene un problema motor que restringe sus movimientos. Por otro lado, si el niño derrama la comida para atraer la atención (especialmente cuando ha aprendido a comer apropiadamente) entonces su incapacidad ya no es un factor determinante.

3. El castigo por conducta inapropiada debe seguir inmediatamente después de la acción del niño. Los niños difícilmente recuerdan qué hicieron temprano en 1 día, así que les sería muy difícil hacer una asociación entre mala conducta y el castigo si hay un lapso de tiempo extenso entre una y otra.

4. El castigo no debe ser dado por el padre cuando está muy enojado y no debe ser necesariamente demasiado físico (golpeando al niño con objetos, especialmente en la cabeza). La meta es enseñarle al niño lo que es la conducta aceptable, no lastimarlo físicamente.

5. Las advertencias llegan a ser inútiles si no son reforzadas. A menudo le decimos al niño que se le castigará por cierta acción. Una vez que haya cometido la acción, olvidamos que le hemos advertido. El niño pronto aprende que o somo poco serios o que

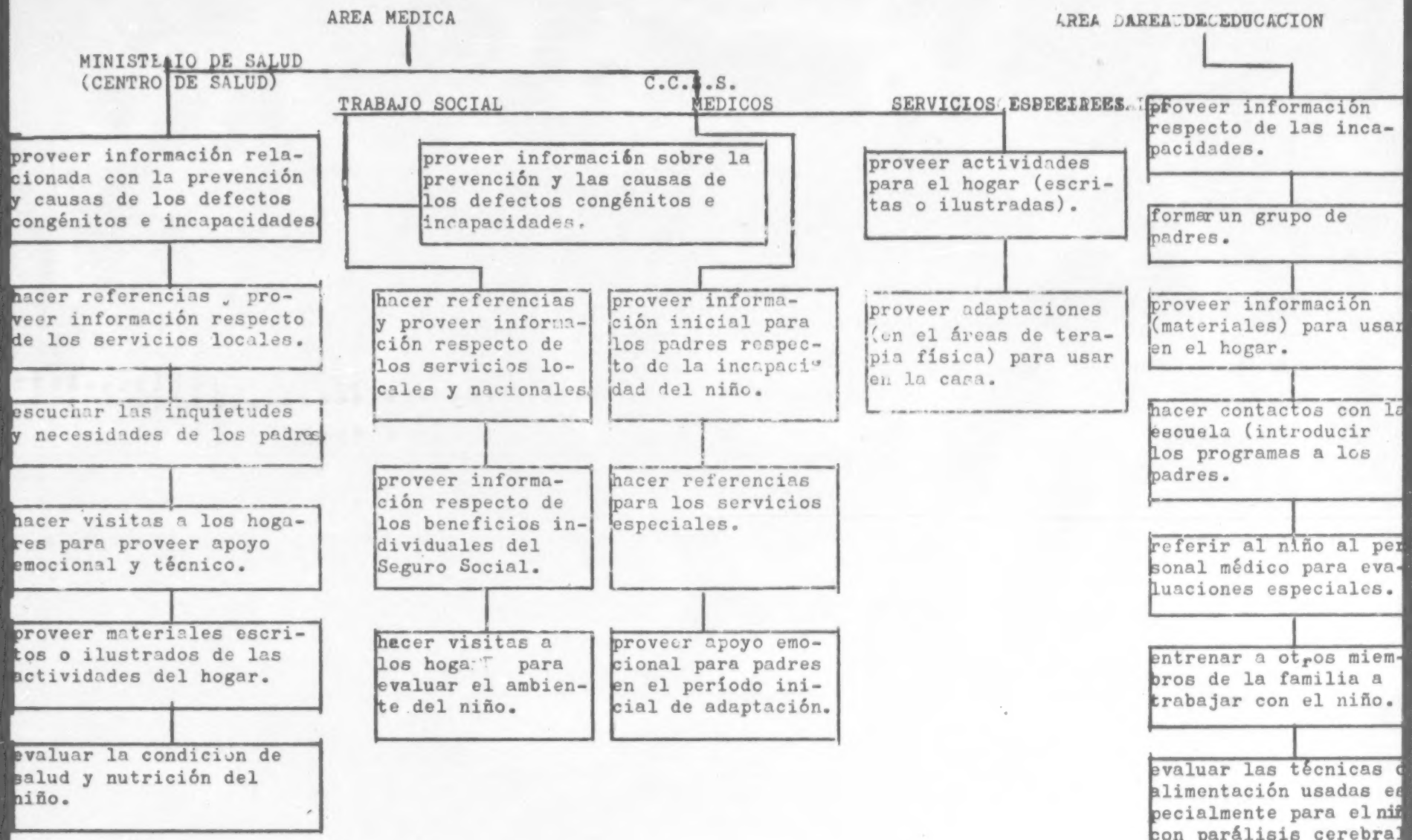
la acción no es "tan mala". También, los padres no deben de asustar al niño utilizando el temor al personal o servicio médico, policíaco, la escuela, etc. Pronto asociarán los servicios o personas importantes como cosas malas o peligrosas.

6. Siempre es mejor usar el elogio y el refuerzo positivo para influenciar la conducta en contraste con el castigo continuo del niño. Cuando el niño o niña se porta bien hágaselo saber.

7. En vez de utilizar el castigo físico, los padres pueden utilizar períodos de separación de alguna actividad o juguete o aislamiento temporal para cambiar la conducta. Por ejemplo, si un niño quiere jugar con sus amigos, y debe permanecer dentro de la casa porque no está obedeciendo las reglas de su padre, pronto tendrá que cambiar sus acciones o aceptar el hecho de que no puede jugar con sus amigos.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS A LOS PADRES:

Para proveer a los padres la ayuda y la información necesaria, los profesionales envueltos en el proceso de rehabilitación/educación necesitan desarrollar alguna forma de organización para completar la tarea. Ya que nadie está preparado en todas las áreas necesarias, se debe establecer cooperación entre los servicios. La siguiente página es solo un ejemplo de cómo las instituciones cooperadoras (C.C.S.S., Ministerio de Educación/ Departamento de Educación Especial, Ministerio de Salud/Departamento de Salud Mental) pueden proveer los servicios y la información requerida.



UN EJEMPLO DE LOS SERVICIOS QUE SE PROVEEN PARA LOS PADRES
(POR LAS DIFERENTES AREAS DEL EQUIPO DE REHABILITACION)

CONCLUSION:

Si se necesita una palabra para describir lo que es importante para desarrollar y hacer funcionar un programa exitoso de estimulación infantil, ya sea en el área rural o áreas urbanas, sería cooperación.

La cooperación es esencial entre las diferentes áreas de servicio para los niños incapacitados, maestro-doctor, doctor-terapista, maestro-terapista..

Pero dentro de estas interacciones, los padres deben incluirse siempre. Las diferentes sugerencias contenidas en esta capítulo seríande muy poco valor si nunca se le comunica a los padres. Los padres son los encargados y maestros principales y deben tratarse como tales. Ellos son los que comparten la mayor porción del tiempo de su hijo. Cómo se sienten respecto de su niño y su futuro y a qué grado comprenden las técnicas que deben usarse para ayudar el desarrollo de su niño, son los dos aspectos críticos que afectan al niño. Sin la cooperación y la comunicación entre los profesionales y los padres, estos individuos tan importantes para el niño se les haría muy difícil el alcanzar las destrezas y el entendimiento necesario para ayudar. Los padres necesitan esperanza y estímulo, sin eso el niño sufriría. Un padre lo dijo muy bien: "cuando empecé a pensar en lo que puedo hacer en vez de lo que no puedo hacer, ambos empezamos a tranquilizarnos con su incapacidad. La vida es más feliz ahora".

CAPITULO X

CONCLUSION

CONCLUSION

Es indudable que la estimulación temprana de los niños que presentan condiciones de incapacidad o retraso no es un lujo sino una necesidad. La investigación en este campo lo demuestra, la experiencia de muchos años lo comprueba y, más aún, el mejoramiento individual de cada niño minusválido sometido a un programa de estimulación precoz, así lo confirma.

Mientras que la población del país continúa expandiéndose, la situación económica empeora y los programas de bienestar social concomitantemente se reducen, dando como resultado un panorama difícil para el desarrollo de programas que beneficien a la población afectada por distintos tipos de limitaciones físicas o mentales. Por esta razón, resulta ilógico e inconsecuente enfatizar el desarrollo de centros costosos cuando los recursos del país son bajos. Se necesita, por el contrario, promover las iniciativas comunales aprovechando la participación de los mismos individuos minusválidos, los padres de familia, los líderes locales, etc., y utilizando de manera ingeniosa los recursos de la comunidad para el desarrollo de programas y tecnología de bajo costo, necesarios para una rehabilitación efectiva de las personas minusválidas.

Aunque los próximos años están llenos de incertidumbre y duda, también emergen actualmente acciones positivas altamente promisorias. Quizás una de las tendencias más significativas dentro de este panorama, es que los profesionales en educación especial y salud se han dado a la tarea de desarrollar programas, que arrancan desde los períodos prenatales y continúan a través de los primeros años en la vida del niño. Debido a esto, muchos niños que antes estaban destinados a un papel secundario en la vida debido a una condición de incapacidad, no nacerán ahora con un impedimento prevenido a tiempo o, aún presentándolo, no llegarán a ser "minusválidos" debido a su condición potencialmente incapacitante.

Es la tesis fundamental de este libro, que a pesar del futuro incierto que se avecina, mucho puede ser logrado en bien de la niñez minusválida mediante el desarrollo de programas de estimulación precoz y la coordinación de acciones cooperativas entre los sectoresde salud y educación de los países que así se lo propongan.

A P E N D I C E S

A. ORGANIZACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES

B. BIBLIOGRAFIA

ORGANIZACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES

Organizaciones y personas que trabajan en Estimulación Precoz

Internacional:

1. Dr. Molly Thornburn
   Caribbean Institute on Mental Retardation
   94C Old Hope Road
   Kingston 6, Jamaica

   (Tiene materiales en inglés).

2. Prof. Eloisa García Etchegoyhen de Lorenzo
   Instituto Interamericano Del Niño
   Avenida 8 de octubre Nº 2904
   Montevideo, Uruguay

   (Tiene materiales en español).

3. The Portage Project
   Cooperative Educational Service Agency 12
   412 East Slifer Street
   Portage, Wisconsin
   U. S. A.

   (Tiene materiales en inglés y español).

4. High/Scope Educational Research Foundation
   600 North River Street
   Ypsilanti, Michigan 48197
   U. S. A.

5. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación
   Casillo 13608
   Santiago, Chile

6. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano
   Apartado Aereo 50262
   Medellín, Colombia

7. Child to Child Program
   (Programa Niño a Niño)
   30 Guilford Street
   London W.C. 1N 1EH
   United Kingdom
   (Tiene materiales en inglés y español).

8. Carmen Naranjo
Coordinadora Programa Regional de
Estimulación Precoz-PROCEP
UNICIEF
Avenida Presidente Masaryk 29, 8º piso
México 5, D.F. México

9. Educational Intervention With High-Risk Infants
Department of Pediatrics, School of Medicine and
Mental Retardation Center
Neuropsychiatric Institute
University of California, Los Angeles 90024
U. S. A.

10. Programs for Down's Syndrome Children
Experimental Education Unit
Child Development and Mental Retardation Center
University of Washington
Seattle, Washington 98105
U. S. A.

11. The Infant, Toddler, and Preschool Research and Intervention Project
George Peabody College for Teachers
The John F. Kennedy Center for Research on Mental Retardation and
Human Development
Nashville, Tennessee 37203
U. S. A.

12. Meeting Street School Project
333 Grotto Avenue
Providence, R. I. 02906
U. S. A.

13. Early Intervention for Hearing Impaired Infants and Young Children
Bill Wilkerson Hearing and Speech Center
Vanderbilt University School of Medicine
Nashville, Tennessee 37212
U. S. A.

14. The Read Project
Read House
Harvard University
Cambridge, Massachusetts 02138
U. S. A.

15. National Collaborative Infant Project
United Cerebral Palsy Inc.
66 East 34th Street
New York, New York 10016
U. S. A.

América Central:

Los siguientes individuos alistados han sido incluidos como posibles contactos o fuentes de información (no todos estos individuos están trabajando directamente en programas de estimulación precoz).

1. Costa Rica:

   A. Ministerio de Educación/Departamento de Educación Especial:

      Licda. Marlene Rodríguez Hernández
      Directora del Departamento

   B. Ministerio de Salud/Departamento de Salud Mental:

      Dra. Socorro Rodríguez
      Directora del Departamento

      Licda. Rita Hernández

   C. Caja Costarricense de Seguro Social (Hospital Nacional de Niños):

      Dr. León Barth
      Dr. Johnny Loría Arrieta
      (Neurólogos)

      Prof. Grace Chacón de Chávez
      Directora de la Escuela del Hospital de Niños

   D. Dr. Gastón de Mezerville
      Director
      Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación, Apdo. 10105, CCSS

NOTA: Ya que es imposible alistar todos los programas de estimulación precoz que funcionan en Costa Rica actualmente, solo se mencionan a los individuos responsables de la supervisión de las operaciones (relacionadas a esta área) de cada Ministerio.

2. Panamá:

   Licda. Angela Collado de Suero
   Sub-Directora General del Instituto Panameño de Habilitación Especial

3. Nicaragua:

   Licda. Jilma Balladarez de Herdocia
   Directora del Departamento de Educación Especial
   del Ministerio de Educación

   Licda. Lucía Rosales
   Coordinadora del Programa de Estimulación Temprana

4. Guatemala:

Silvia Orellana
Centro de Estimulación Temprana
14 Calle 0-28, Zona 3
Guatemala, Guatemala

5. Prof. Imelda de García Franco
Profesora de Educación Especial del Instituto Salvadoreño de Seguro Social

6. Honduras:

Lic. Suyapa Agüero de Meza
Departamento de Planificación Sectorial
Junta Nacional de Bienestar Social
Tegucigalpa, Honduras

Lista de Agencias y Organizaciones Especializadas

Retardo Mental:

National Association for Retarded Children
420 Lexington Avenue
New York, New York 10017

President's Committee on Mental Retardation
Washington D.C. 20201

Defectos Visuales:

American Foundation For The Blind
15 West 16th Street
New York, New York 10011

American Printing House For The Blind
1839 Frankfort Avenue
Louisville, Kentucky 40206

Defectos Del Habla y De La Audición:

Alexander Graham Bell Association For The Deaf, Inc.
1537 35th Street NW
Washington, D. C. 20007

The American Speech and Hearing Association
9030 Old Georgetown Road
Washington, D.C. 20014
U. S. A.

National Association of-the Deaf
2025 Eye Street, NW
Suite 321
Washington, D.C. 20006
U. S. A.

Ortopédicos y Epilepsia:

American Academy for Cerebral Palsy
University Hospital School
Iowa City, Iowa 52240

The N ational Easter Seal Society for Crippled Children and Adults
2023 West Ogden Avenue
Chigago, Illinois 60612

The National Foundation-March of Dimes
800 2nd Avenue
New York, New York 10017

United Cerebral Palsy Associations, Inc.
321 W. 44th Street
New York, New York 10036

Office of Information
National Institute of Neurological Diseases and Stroke
National Institute of Health
9000 Rockville Pike
Bethesda, Maryland

BIBLIOGRAFIA

1. Annis, Linda Ferril. THE CHILD BEFORE BIRTH. Cornell University Press, Ithaca and London, 1978.

2. Bergen, Colangels, and Gottlieb. A NORMAL BABY, THE SENSORY-MOTOR

3. Blake, Waechter, Wright, and Howell. NURSING CARE OF CHILDREN. J. P. Lippincott Company, Philadelphia, 1970.

4. Blankenstein, Welbergen, and Haas. THE DEVELOPMENT OF THE INFANT- THE FIRST YEAR OF LIFE IN PHOTOGRAPHS. William Heinemann Medical Books, London, 1975.

5. Bleck and Nagel. PHYSICALLY HANDICAPPED CHILDREN: A MEDICAL ATLAS FOR TEACHERS, Grune and Stratton, New York, 1975.

6. Bobath B. and Bobath K. MOTOR DEVELOPMENT IN THE DIFFERENT TYPES OF CEREBRAL PALSY. Heinemann, London, 1975.

7. Bobath, B. "THE VERY EARLY TREATMENT OF CEREBRAL PALSY". Developmental Medicine and Child Neurology, Vol. 9, No. 4, August 1967, pp. 373-390.

8. Bricker, and Iacino. "Early Intervention with Severe/Profoundly Handicapped Children" in EDUCATIONAL PROGRAMMING FOR THE SEVERELY AND PROFOUNDLY HANDICAPPED. The Council for Exceptional Children, 1977.

19. Brook, Danae. NATURE BIRTH, Pantheon Books, New York, 1976.

10. Carrillo, Martin. GUIA DE ESTIMULACION MOTORA TEMPRANA, UNICEF, México, 1981.

11. Carrillo, Dykes, Casagrande, Demauro, and Venn. AN INTRODUCTION TO THE BASIC PHYSICAL HANDLING OF THE SEVERELY/PROFOUNDLY HANDICAPPED INDIVIDUAL, Staff Development Institute, Florida.

12. Cherry, Sheldon M.D. UNDERSTANDING PREGNANCY AND CHILDBIRTH, Bantan Books, New York, 1977.

13. Cohen and Gross. THE DEVELOPMENTAL RESOURCE, Vol. 1 & Vol. 2, Grune & Stratton, New York, 1979.

14. Connor, Williamson, and Siep, PROGRAM GUIDE FOR INFANTS AND TODDLERS WITH NEUROMOTOR AND OTHER DEVELOPMENTAL DISABILITIES, Teachers College Press, 1978.

15. de Mezerville, Gastón, DISABILITY AND REHABILITATION IN RURAL COSTA RICA, Michigan State University, University Centers for International Rehabilitation, 1980.

de Mezerville, Gastón, INCAPACIDAD Y REHABILITACION EN UN AREA RURAL DE COSTA RICA, Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación, C.C.S.S., 1979.

16. Finnie, N. HANDLING THE YOUNG CEREBRAL PALSIED CHILD AT HOME, E.P. Dutton and Co., New York, 1975.

17. Finnie, N. ATENCION EN EL HOGAR DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL, La Prensa Médica Mexicana, México, 1976.

18. Halliday, Carol. THE VISUALLY IMPAIRED CHILD-GROWTH, LEARNING, DEVELOPMENT, INFANCY TO SCHOOL AGE, American Printing House For the Blind, Louisville, 1971.

19. Hayden, McGinness, & Dmitriev. "EARLY AND CONTINCUS INTERVENTION STRATEGIES FOR SEVERELY HANDICAPPED INFANTS AND YOUNG CHILDREN" in Haring and Brown TEACHING THE SEVERELY HANDICAPPED, Vol. 1, New York, Grune & Stratton, 1976.

20. Hayden and Mc Ginness, "Bases For Early Intervention" in EDUCATIONAL PROGRAMMING FOR THE SEVERELY AND PROFOUNDLY HANDICAPPED, Division on Mental Retardation, The Council For Exceptional Children, 1977.

21. Hayes, Una. A DEVELOPMENTAL APPROACH TO CASEFINDING WITH SPECIAL REFERENCE TO CEREBRAL PALSY, MENTAL RETARDATION, AND RELATED DISORDERS, Department of H.E.W., Publication No. 77-5210, 1977.

22. Kirk, S. EDUCATING EXCEPTIONAL CHILDREN. Houghton Miffin Company, New York, 1972.

23. Levy, J. DESPERTAR A LA VIDA. Daimon, México, 1978.

24. "Like Other Children, A Guide For Parents Of The Mentally Retarded", Caribbean Institute On Mental Retardation & Developmental Disabilities, 1977.

25. Lira, M. PRIMER AÑO DE VIDA, MANUALES DE ESTIMULACION, Buenos Aires, Compañía Impresora, Argentina, 1978.

26. McCleary & Denhoff. YOUR CHILD HAS A FUTURE, The National Easter Seal Society For Crippled Children and Adults, 1978.

27. Milinaire, Caterine. BIRTH-FACTS AND LEGENDS, Omnibus Press, London, 1974.

28. Moffet, S. HELPING THE CHILD WHO CANNOT HEAR, Public Affairs Pamphlet, No. 479, New York.

29. Naranjo, Carmen. MI NIÑO DE 0 A 6 AÑOS, Programa de Estimulación Precoz para Centroamérica y Panamá, UNICEF.

30. Naranjo, Carmen. EJERCICIOS Y JUEGOS PARA MI NIÑO (DE 0 A 3 AÑOS), UNICEF, Editorial Piedra Santa, Guatemala, 1980.

31. Riez, Elizabeth, FIRST YEARS OF A DOWN'S SYNDROME CHILD, Special Child Publication, Seattle, 1978.

32. Scherzer, Alfred, M.D. "Early Diagnosis, Management, and Treatment of Cerebral Palsy", Rehabilitation Literature, July 1979, Vol. 35 No. 7 pp. 194-199.

33. Smith, Wilson. EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN (MONGOLISMO), Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1976.

34. U.S. Department of H.E.W. LEARNING TO TALK-SPEECH, HEARING, AND LANGUAGE PROBLEMS IN THE PRESCHOOL CHILD, Publication No. (NIH) 77-43, 1977.

35. White, B. THE FIRST THREE YEARS OF LIFE, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall. 1975.

36. Ziai, Mohsen, M.D. (edt.) PEDIATRICS, Little, Brown, and Company, Boston, 1975.